

Міністерство освіти і науки України
Державний вищий навчальний заклад
«Ужгородський національний університет»
Кафедра хірургічної стоматології та клінічних дисциплін

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

(для самостійної роботи)

з хірургічної стоматології

для підготовки фахівців другого (магістерського) рівня вищої освіти галузі знань 22
«Охорона здоров'я» спеціальності 221 «Стоматологія» факультет, курс: стоматологічний, V

Змістовий модуль «Реконструктивно-відновна хірургія ЩЛД»

Ужгород – 2022

Мочалов Ю.О., Гелей В. М., Гелей Н. І. Методичні рекомендації (для самостійної роботи) з хірургічної стоматології для підготовки фахівців другого (магістерського) рівня вищої освіти галузі знань 22 «Охорона здоров'я» спеціальності 221 «Стоматологія» факультет, курс: стоматологічний, V. Змістовий модуль «Реконструктивно-відновна хірургія ЩЛД». Ужгород: ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; 2022. 118 с.

Автори:

Ю. О. Мочалов – д.мед.н., доц., професор кафедри хірургічної стоматології та клінічних дисциплін ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

В. М. Гелей – к.мед.н., доц., доцент кафедри хірургічної стоматології та клінічних дисциплін ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Н.І. Гелей – д.ф., старший викладач кафедри хірургічної стоматології та клінічних дисциплін ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Рекомендовано до друку Вченою радою стоматологічного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет», протокол № 6 від 22 вересня 2022 р.

ЗМІСТ

Тема № 1. Хірургічні методи лікування захворювань СНЩС, пластика СНЩС.

Тема № 2. Синдром больової дисфункції СНЩС.

Тема № 3. Хірургічні методи лікування контрактури нижньої щелепи.

Тема № 4. Пластика м'яких тканин ЩЛД місцевими тканинами. Пластика м'яких тканин ЩЛД клаптем на ніжці.

Тема № 5. Пластика м'яких тканин ЩЛД стеблом Філатова.

Тема № 6. Пластика м'яких тканин ЩЛД вільними шкірними клаптями.

Тема № 7. Пластичне усунення норниць слинних залоз.

Тема № 8. Регенерація тканин. Біологічні основи остеогенезу

Тема № 9. Хірургічна підготовка порожнини рота до ортопедичного лікування. Операції на м'яких тканинах: пластика вуздечок губи та язика, усунення рубцевих деформацій та м'язових тяжів, фіброзних змін слизової оболонки порожнини рота. Вестибулопластика: принципи та техніки операції з використанням вільних слизових та шкірних трансплантатів.

Тема № 10. Хірургічна підготовка порожнини рота до ортопедичного лікування. Операції на кістковій тканині: альвеолотомія, усунення екзостозів, вертикальна та горизонтальна аугментації альвеолярного відростка. Відкритий та закритий синус-ліфтинг: показання, методики проведення та модифікації.

Тема № 11. Дентальна імплантація. Історія та основні етапи розвитку імплантології. Види імплантатів, матеріали для їх виготовлення. Принципи та методика одно- та двохетапної імплантації. Поняття про негайне та відтерміноване навантаження імплантатів. Ускладнення дентальної імплантації.

Тема № 12. Тромбоцитарні концентрати. Класифікація. Методики виготовлення. Поняття про фактори росту та їх регенеративний потенціал. Можливості застосування тромбоцитарних концентратів та композицій на їх основі для регенерації м'яких тканин ЩЛД та стимуляції остеогенезу.

Тема № 13. Естетична хірургія ЩЛД. Вікові зміни м'яких тканин обличчя та шиї. Контурна пластика обличчя. Методики ін'єкційного введення ботулотоксину, філерів, тромбоцитарних концентратів для корекції вікових змін та усунення естетичних недоліків обличчя.

Тема № 14. Ускладнення ендодонтичних втручань та їх хірургічне лікування. Пародонтальна хірургія: основні методики операційних втручань, використання кістково-пластичних матеріалів. Направлена тканинна регенерація за допомогою мембран.

Тема № 15. Захворювання і пошкодження трійчастого і лицевого нервів. Клініка, діагностика, лікування. Хірургічне лікування больових синдромів: невралгії, неврити ЩЛД. Синдром больової дисфункції СНЩС.

Міністерство освіти і науки України
Державний вищий навчальний заклад
«Ужгородський національний університет»
Кафедра хірургічної стоматології та клінічних дисциплін

ЗАТВЕРДЖЕНО
на засіданні кафедри хірургічної стоматології
та клінічних дисциплін
Завідувач кафедри
к. мед. н., доц. Гема-Багіна Н. М.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

Курс V; Факультет Стоматологічний

Навчальна дисципліна: Хірургічна стоматологія

Тема № 1. Хірургічні методи лікування захворювань СНЩС, пластика СНЩС

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ

Анкілоз — кісткове або фіброзне зрощення суглобових поверхонь скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС), яке зумовлює стійке, повне або часткове обмеження відкриття рота, зникнення суглобової щілини. Контрактура нижньої щелепи — стійке обмеження рухомості нижньої щелепи, зумовлене позасуглобовими чинниками, переважно внаслідок патологічних змін тканин, які оточують СНЩС і функціонально з ним пов'язані. Лікар-стоматолог має бути обізнаний з різними проявами захворювань СНЩС з метою профілактики і лікування даної патології, а також можливостями артроскопії та артроскопічної хірургії при анкілозах СНЩС.

2. НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ ЗАНЯТТЯ

➤ фахові компетентності:

1. Збирання медичної інформації про стан пацієнта.
2. Оцінювання результатів лабораторних та інструментальних досліджень.
3. Встановлення клінічного діагнозу стоматологічного захворювання.
4. Планування та проведення заходів профілактики стоматологічних захворювань.
5. Визначення характеру та принципів лікування стоматологічних захворювань.
6. Визначення необхідного режиму праці та відпочинку, дієти при лікуванні стоматологічних захворювань.
7. Визначення тактики ведення стоматологічного хворого при соматичній патології.
8. Виконання медичних та стоматологічних маніпуляцій.
9. Проведення лікування основних стоматологічних захворювань.
10. Організація та проведення стоматологічної диспансеризації осіб, що підлягають диспансерному нагляду.
11. Оцінювання впливу навколишнього середовища на стан здоров'я населення (індивідуальне, сімейне, популяційне).
12. Ведення медичної документації.
13. Опрацювання державної, соціальної та медичної інформації.

➤ загальні компетентності:

1. Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу; здатність вчитися і бути сучасно навченим.
2. Знання та розуміння предметної області та розуміння професії.
3. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.
4. Здатність спілкуватися державною мовою як усно, так і письмово; здатність спілкуватися другою мовою.
5. Навички використання інформаційних і комунікаційних технологій.
6. Здатність до пошуку, опрацювання та аналізу інформації з різних джерел.
7. Здатність до адаптації та дії в новій ситуації; здатність працювати автономно.
8. Вміння виявляти, ставити та вирішувати проблеми.
9. Здатність до вибору стратегії спілкування.
10. Здатність працювати в команді.
11. Навички міжособистісної взаємодії.
12. Здатність діяти на основі етичних міркувань (мотивів).
13. Навички здійснення безпечної діяльності.
14. Здатність оцінювати та забезпечувати якість виконуваних робіт.
15. Здатність діяти соціально відповідально та громадянсько свідомо.

3. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ

1. Класифікувати анкілози СНЩС.
2. Знати методи обстеження хворих із анкілозами СНЩС.
3. Знати диференційну діагностику анкілозу СНЩС.
4. Знати методи хірургічних операцій (остеотомія, остеоектомія, резекція суглобового відростка з одномоментною його пластикомією) при анкілозі СНЩС.

5. Знати можливі ускладнення операцій при анкілозі СНЩС.
6. Знати профілактику анкілозу СНЩС.
7. Вміти провести обстеження хворого з анкілозом СНЩС. Вміти проводити диференційну діагностику контрактури нижньої щелепи з анкілозом СНЩС, призначивши додаткові методи обстеження хворого. Визначати покази до хірургічного лікування хворих із анкілозами СНЩС. Вміти призначати методи фізіотерапевтичного лікування хворим з патологією СНЩС.

4. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція)

Дисципліни	Студент повинен знати	Студент повинен вміти
Попередні:		
Анатомія Топографічна анатомія	Знати анатомо-топографічну будову нижньої щелепи, жувальних м'язів, СНЩС, їх васкуляризацію та іннервацію. Знати топографію клітковинних просторів ЩЛД.	Вміти пояснити локалізацію патологічного процесу в щелепно-лицевій ділянці.
Патологічна анатомія	Знати патоморфологічні зміни в тканинах, що виникають при анкілозах СНЩС та контрактурах нижньої щелепи.	Вміти пояснити механізм виникнення патоморфологічних змін, що виникають при анкілозах СНЩС та контрактурах нижньої щелепи.
Рентгенологія	Знати рентгенологічну картину СНЩС.	Вміти описати рентгенологічні зміни в СНЩС при анкілозах та контрактурах нижньої щелепи.
Фармакологія	Знати фармакологічні властивості медпрепаратів, що застосовуються для лікування анкілозів СНЩС та контрактур нижньої щелепи.	Вміти призначити препарати різних фармакологічних груп при лікуванні анкілозів СНЩС та контрактур нижньої щелепи.
Лікувальна фізкультура	Знати методи ЛФК та загальні принципи механотерапії для лікування хворих з анкілозами СНЩС та контрактурами нижньої щелепи.	Вміти призначити курс ЛФК та механотерапії хворим з анкілозами СНЩС та контрактурами нижньої щелепи.
Внутрішньопредметна інтеграція:		
Тема 1 («Пропедевтика хірургічної стоматології»): ... Методика обстеження порожнини рота, щелеп, обличчя та шиї.	Знати методику проведення обстеження пацієнта із хірургічними захворюваннями щелепно-лицевої ділянки.	Вміти провести суб'єктивне та об'єктивне обстеження хворого, призначити додаткові методи обстеження, заповнити відповідну медичну документацію.
Тема 3 («Пропедевтика хірургічної стоматології»): ... Загальне знеболення.	Знати специфіку проведення, показання та протипоказання до загального знеболення в стоматології.	Вміти правильно обирати оптимальний вид знеболення при проведенні оперативних втручань в ЩЛД.
Тема 23 («Запальні процеси ЩЛД»): Артрит і артроз СНЩС: ускладнення.	Знати можливі ускладнення артритів і артрозів СНЩС.	Вміти проводити профілактику ускладнень артритів і артрозів СНЩС.

Тема 4 («Травматологія ЩЛД»): Невогнепальні пошкодження нижньої щелепи...	Знати клініку, діагностику, методи лікування переломів суглобових відростків нижньої щелепи.	Вміти проводити профілактичні заходи у хворих з переломами суглобових відростків нижньої щелепи з метою попередження анкілозів СНЩС та контрактур нижньої щелепи.
------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

5. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ

5.1. Теоретичні питання до заняття:

1. Класифікація анкілозів СНЩС.
2. Методи обстеження хворих із анкілозами СНЩС.
3. Анкілоз СНЩС: етіопатогенез, клініка, діагностика, лікування.
4. Диференційна діагностика анкілозу СНЩС.
5. Методи хірургічних операцій (остеотомія, остеоектомія, резекція суглобового відростка з одномоментною його пластикою) при анкілозі СНЩС.
6. Можливі ускладнення операцій при анкілозі СНЩС.
7. Профілактика анкілозу СНЩС.

5.2. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Оволодіти методикою обстеження хворого з патологією СНЩС:
2. а) вивчити скарги хворого;
3. б) зібрати анамнез захворювання;
4. в) оцінити загальний стан;
5. г) провести зовнішньоротове та внутрішньоротове обстеження.
6. Навчитись проводити диференційну діагностику контрактури нижньої щелепи з анкілозом СНЩС, призначивши додаткові методи обстеження хворого.
7. Визначати покази до хірургічного лікування хворих із патологією СНЩС.
8. Навчитись призначати методи фізіотерапевтичного лікування хворим з патологією СНЩС, призначити ЛФК, механотерапію.

6. ЗМІСТ ТЕМИ

Анкілоз — кісткове або фіброзне зрощення суглобових поверхонь скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС), яке зумовлює стійке, повне або часткове обмеження відкривання рота, зникнення суглобової щілини.

Післятравматичні анкілози виникають як наслідок: складних пологів та пологової травми (коли на голову дитини накладають щипці, щічки яких здавлюють саме в ділянці СНЩС, що спричинює компресію і переломи головок щелепи, гемартроз та подальшу організацію згустка крові); переломи суглобового відростка нижньої щелепи при падінні на підборіддя; травматичні артрити СНЩС із гемартрозом та організацією в порожнині суглоба згустка крові.

Післяінфекційні анкілози є наслідком: артриту, що переходить у деформівний остеоартроз; неспецифічного поліартриту; фурункулів привушно-жувальної ділянки; отиту в дітей з переходом інфекції на СНЩС; епідемічного паротиту з вторинним ураженням СНЩС; скарлатини та скарлатинозного артриту СНЩС; гематогенного (унаслідок пупкового сепсису) або одонтогенного остеомієліту гілки та суглобового відростка щелепи.

Системні ураження суглобів та сполучної тканини у вигляді ревматоїдного артриту, інфекційного поліартриту або осифікуючого міозиту тощо, що зустрічається не дуже часто.

Класифікація анкілозів та деформівного остеоартрозу СНЩС:

- вроджені (дуже рідко) і набуті;
- з контрактурою нижньої щелепи або без неї;
- за типом патологічної тканини в суглобі — кісткові та фіброзні;

- за повнотою ураження суглобової щілини - повні та неповні;
- одно- та двобічні;
- з мікрогенією (недорозвиненням щелепи) або без мікрогени;
- з деформацією головки щелепи або без деформації;
- з порушенням прохідності верхніх дихальних шляхів, або без такого порушення.

Обстеження пацієнта є типовим та проводиться за участю терапевта, педіатра, отоларинголога, алерголога, імунолога, ортопеда, анестезіолога, стоматолога-ортодонта.

Загальний статус може показати наявність у дитини гіпотрофії, відставання в зрості, вторинну деформацію грудної клітки, скелета, ураження інших суглобів та довгих кісток (у 5—10 % хворих). Супутні хвороби є у 85 % хворих, у ЛОР-органах простежуються переважно запальні процеси (тонзиліт, фарингіт), може бути туберкульоз, алергія до ліків, анемія, пієлонефрит тощо. Часто діти низького зросту, відстають у розвитку, відзначається деформація грудної клітки, задуха, хрипіння, синдром сонних апное, гіпоксія. Уражені зуби, мигдалики, слизова оболонка порожнини рота — у 88 % хворих.

Місцеве обстеження обов'язково включає проведення телерентгенограми черепа в бічній проекції (із розшифровкою), ортопантомографію лицевого черепа, оглядову рентгенографію нижньої щелепи, томографію СНЩС, КТ, МРТ, 3-D реконструкцію лицевого черепа віртуальну та з виготовленням стетеролітографічних моделей, масок та фотографій обличчя, моделей щелеп, термографії обличчя, електроміографії жувальних та м'язів, ехоостеометрії нижньої щелепи, спірографії, спірометрії тощо.

Клінічна картина анкілозів та деформівного остеоартрозу СНЩС у дітей є досить виразною: значна асиметрія обличчя, одно- чи двобічна мікрогенія, підборіддя є зміщеним назад (при двобічній мікрогенії) або в бік (при однобічній), дихання утруднене, вночі дитина хропе або дихання припиняється через западання язика та блокування верхніх дихальних шляхів (синдром сонних апное). Відкривання рота та рухомість нижньої щелепи обмежене, вживання їжі є значно утруднене. Тіло та гілка щелепи є вкороченими, прикус порушений і переважно косий, зуби скупчені та віялоподібно розташовані, чіткі прояви активної каріозної хвороби, значні пародонтальні проблеми.

Наявні вторинні деформації верхньої щелепи, носа, виличної кістки з їхнім зміщенням, зміщення органів та тканин дна порожнини рота в бік ураження суглоба (при однобічних анкілозах) та назад. У дорослих обличчя буде симетричним, але відкривання рота, мовлення та вживання їжі є порушеними. Можливі рубці на шкірі після перенесених раніше оперативних втручань.

Ехоостеометрично — зниження або підвищення щільності кістки в ділянці гілки та тіла щелепи. Електроміографічно — біоелектрична активність жувального м'яза частіше знижена, а скроневого — підвищена. Термографічно або реографічно — можливі ознаки зменшення кровотоку в ділянці ураження СНЩС та гілки щелепи.

На рентгенограмах, КТ, МРТ: суглобова щілина на стороні ураження повністю відсутня або частково вкорочена, звужена, деформована чи переривається, не симетрична зі щілиною на здоровому боці щелепи; суглобовий відросток щелепи може бути деформованим, «розплюснутим», грибоподібної форми; гілка та кут нижньої щелепи — гіперплазовані, розширені; вінцевий відросток щелепи — подовжений, виходить вище виличної дуги.

Загальні зміни системи крові, імунітету можуть вказувати на наявність низьких компенсаторних можливостей організму хворого, мікробну алергію до стрептокока, стафілокока, інших збудників, інтоксикацію тощо.

Диференціальний діагноз анкілозів та деформівного остеоартрозу СНЩС проводять з контрактурами нижньої щелепи (рубцевими та кістковими), пухлинами вінцевого відростка щелепи (остеома, саркома то ін.), пухлинами скроневої кістки (остеома, що охоплює головку нижньої щелепи), системними захворюваннями суглобів, внутрішніми порушеннями СНЩС (вивихи диска тощо).

Для хірургічного лікування анкілозів СНЩС застосовують:

- остеотомію гілки нижньої щелепи на різних рівнях відкритими та закритими, черезшкірними методами (за Костечка) на різних рівнях: кута щелепи, середини її гілки, основи суглобового відростка та СНЩС тощо;

— остеотомію з розведенням— витягненням фрагментів гілки, однак було багато рецидивів, оскільки перепиляні кістки досить швидко зросталися внаслідок високого остеогенного потенціалу кістки гілки щелепи;

— остеоектомію гілки щелепи завширшки до 2 см, остеоектомію зі зшиванням місцевих м'яких тканин для роз'єднання кісткових фрагментів та витягненням щелепи вперед-униз;

— остеотомії-остеоектомії з інтерпозицією між фрагментами різних власних та консервованих біологічних тканин (автошкіри, жирової клітковини стебла Філатова, клітковини п'яти, фасції, м'язів, склоро-корнеальної оболонки тварин, різних металевих і пластмасових колпачків, органічного скла та багато інших);

— остеотомію-остеоектомію з обробкою кінців кісткових фрагментів розчинами хімічних речовин, які б пригнічували остеогенез та запобігали зростанню фрагментів щелепи (концентрована азотна кислота, піоцид тощо);

— резекції ураженого деформованого суглобового відростка нижньої щелепи без подальшого його відтворення з одномоментним відкриванням рота;

— резекцію суглобового відростка з одномоментною пластикою гілки та суглобового відростка щелепи різними трансплантатами: ортотопічним ліофілізованим трансплантатом (за Н.А. Плотніковим), який містив спочатку лише суглобовий кінець щелепи, потім — суглобовий кінець щелепи та нижній поверх СНЩС з диском та напівкапсулою суглоба (напівсуглоб), потім — суглобовий кінець щелепи та цілий СНЩС, далі — до трансплантату додали вилічну дугу, кут щелепи і навіть зуби, які намагалися ставити в потрібний прикус. Але всі зазначені методи не є досконалими та не задовольняли вимоги хірургів щодо потрібних результатів лікування;

— відновлення суглобового відростка автологічним гіперплазованим вінцевим відростком тієї ж щелепи (Ю.Й. Бернадський, Г.П. Бернадська), при цьому автори використовували консервовані біологічні ксенопрокладки для інтерпозиції та перекриття ранових поверхонь кістки, а також спеціальні кісткові кусачки для остеотомії гілки щелепи з метою запобігання створення та залишення в рані кісткових опилок, запобігання умовам надмірного остеогенезу та рецидиву анкілозу;

— відновлення суглобового відростка автологічним реберно-хрящовим трансплантатом з наявністю в ньому зони росту, автотрансплантатом з клубової, променевої або маломілкової кістки тощо;

— використання цілого або половини груднинно-ключичного з'єднання та ключиці після їх поздовжньої остеотомії, яке переносили на груднинно-ключично-соскоподібному м'язі в ділянку гілки щелепи, при цьому СНЩС формували половиною донорського автосуглоба, а після приживлення кісткового трансплантата залишки груднинно-ключично-соскоподібного м'яза повертали в попереднє місце;

— перенесення кульшового суглоба та стегнової кістки людського ембріона як мікросудинний трансплантат на стегновій артерії та вені (М.А. Губин) у ділянку гілки щелепи;

— відновлення СНЩС та гілки щелепи штучними імплантатами з металу, металу та пластмаси (Христенсен), штучних кристалів (В.И. Куцевляк) тощо.

Операції на гілці нижньої щелепи і СНЩС — пластика, відновлення або реконструкція СНЩС є вкрай складними технічно і небезпечними операціями. Можливі загрозливі для життя хворого під час та після операції ускладнення, серед яких найчастішими є такі:

— кровотеча з верхньощелепної артерії (a. maxillaris interna), з внутрішньої сонної артерії, інших малих артерій (наприклад лицевої), яремної вени.

— переломи основи черепа в ділянці середньої черепної ямки — спостерігається при кісткових анкілозах та необережній роботі хірургів долотом, іншими гострими інструментами, вивихуванні кісткового конгломерату після часткового його від'єднання від прилеглої кістки (середня товщина кістки дна суглобової ямки скроневої кістки становить лише 1—1,5 мм);

— проникнення в порожнину черепа металевих інструментів (свердла), фіксаторів (спиць Кіршнера, металевих штифтів), бо вони направлені по гілці щелепи вгору, у порожнину черепа;

— відлам хірургічних інструментів (бори, фрези) та залишення їх у рані.

Серед безпосередніх післяопераційних ускладнень, які можуть загрожувати життю пацієнта та вимагати термінових дій виділяють:

— швидкий набряк м'яких навкологлоткових тканин або внутрішньотканинна гематома з різким звуженням верхніх дихальних шляхів, асфіксією;

— вторинна післяопераційна кровотеча з не повністю лігованих судин глибокої бічної ділянки обличчя;

— проникнення в порожнину черепа дуже довгих металевих фіксаторів, які були введені в трансплантат знизу-вгору та виступали після операції значно нижче нижнього краю щелепи, що зумовлює тиск знизу в напрямку вгору, проникнення фіксаторів у порожнину черепа, можливий перелом фіксатора при відкриванні рота на рівні основи черепа.

Такі укладення вимагають проведення термінової трахеотомії або перев'язки загальної, зовнішньої чи внутрішньої сонних артерій, а також проведення в подальшому трепанації черепа та видалення з тканин сторонніх тіл (фіксаторів).

7. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. У хворого, 55 років, обмежене та болісне відкривання рота, утруднене мовлення та вживання їжі. Впродовж року стан погіршується, лікувався самостійно, хворіє на хронічний бронхіт і хронічний гнійний отит. Обмеження відкривання рота до 1 см, тіні кісткових нашарувань між суглобовими поверхнями зліва. Встановіть діагноз.

А. Фіброзний анкілоз лівого СНЩС.

В. Патологічний перелом суглобового відростка нижньої щелепи зліва.

С. Звичний вивих СНЩС.

Д. Больова дисфункція СНЩС.

Е. Кістковий анкілоз лівого СНЩС.

2. Вкажіть найбільш поширений метод дослідження при патологічних процесах в жувальних м'язах для оцінки їх функціонального стану.

А. Електроміографія жувальних м'язів.

В. Тензоалгометрія.

С. УЗД жувальних м'язів.

Д. Термометрія м'язів.

Е. Реографія.

3. Які групи препаратів найефективніші для лікування хронічного фіброзного запального процесу в м'яких тканинах?

А. Анальгетики і седативні засоби.

В. Антигістамінні і жарознижуючі.

С. Антикоагулянти.

Д. Метаболічні стероїди.

Е. Протеолітичні ферменти, біостимулятори

4. Які зміни у суглобовій щілині виявляються на рентгенограмі при кістковому анкілозі СНЩС?

А. Суглобова щілина не візуалізується.

В. Суглобова щілина слабо візуалізується.

С. Суглобова щілина в межах норми.

Д. Суглобова щілина розширена.

Е. Суглобова щілина звужена.

5. У 20-річного хворого виявлено «пташине обличчя», відкритий прикус, неможливе відкривання рота. Рухомість суглобових головок не виявляється. Відкривання рота 0,3 см. Який діагноз?

А. Контрактура нижньої щелепи.

В. Двобічний анкілоз.

С. Деформуючий артроз.

Д. Однобічний артроз.

Е. Гострий артрит.

8. ЛІТЕРАТУРА

Основна література:

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; у 2т. – Т. 1 / В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін. – К.: ЛОГОС, 2011. – 669 с.
2. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; у 2т. – Т. 2 / В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін. – К.: ЛОГОС, 2011. – 606 с.
3. Тимофеев А. А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А. А. Тимофеев. – Київ: «Червона Рута-Турс», 2002. – 1024 с.

Додаткова література:

1. Бернадський Ю.Й. Основи щелепно-лицевої хірургії і хірургічної стоматології: навчальний посібник / Ю.Й. Бернадський. – Київ: «Спалах». – 2003. – 512 с
2. Методичні рекомендації для підготовки до складання ліцензійних інтегрованих іспитів "Крок1", "Крок2", "Крок3" / Б. С. Зіменковський, М. Р. Гжегоцький, І. І. Солонинко, Р. З. Огоновський, Р. Б. Лесик, Ю. Я. Кривко, Б. В. Дибас Львів: Друкарня ЛНМУ ім. Данила Галицького, 2013. - 96 с.

Міністерство освіти і науки України
Державний вищий навчальний заклад
«Ужгородський національний університет»
Кафедра хірургічної стоматології та клінічних дисциплін

ЗАТВЕРДЖЕНО
на засіданні кафедри хірургічної стоматології
та клінічних дисциплін
Завідувач кафедри
к. мед. н., доц. Гема-Багіна Н. М.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

Курс V; Факультет Стоматологічний

Навчальна дисципліна: Хірургічна стоматологія

Тема № 2. Синдром больової дисфункції СНЩС

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ

Дисфункція СНЩС — функціональна патологія скронево-нижньощелепного суглоба, обумовлена м'язевими, оклюзійними і просторовими порушеннями. Дисфункція СНЩС супроводжується больовим синдромом (болем в голові, скронях, шиї), клацаннями в суглобі, обмеженням амплітуди відкривання рота, шумом і дзвоном у вухах, дисфагією, бруксизмом, хропінням і т. д. Дисфункція СНЩС є мультидисциплінарною патологією, тому її рішення часто вимагає спільних зусиль фахівців в галузі стоматології, неврології, психології. Лікування дисфункції СНЩС є обов'язковим. Нехтування цією проблемою може бути причиною розвитку дистрофічних змін (артрозу) і знерухомлення скронево-нижньощелепного суглоба (анкілозу).

2. НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ ЗАНЯТТЯ

➤ фахові компетентності:

1. Збирання медичної інформації про стан пацієнта.
2. Оцінювання результатів лабораторних та інструментальних досліджень.
3. Встановлення клінічного діагнозу стоматологічного захворювання.
4. Планування та проведення заходів профілактики стоматологічних захворювань.
5. Визначення характеру та принципів лікування стоматологічних захворювань.
6. Визначення необхідного режиму праці та відпочинку, дієти при лікуванні стоматологічних захворювань.
7. Визначення тактики ведення стоматологічного хворого при соматичній патології.
8. Виконання медичних та стоматологічних маніпуляцій.
9. Проведення лікування основних стоматологічних захворювань.
10. Організація та проведення стоматологічної диспансеризації осіб, що підлягають диспансерному нагляду.
11. Оцінювання впливу навколишнього середовища на стан здоров'я населення (індивідуальне, сімейне, популяційне).
12. Ведення медичної документації.
13. Опрацювання державної, соціальної та медичної інформації.

➤ загальні компетентності:

1. Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу; здатність вчитися і бути сучасно навченим.
2. Знання та розуміння предметної області та розуміння професії.
3. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.
4. Здатність спілкуватися державною мовою як усно, так і письмово; здатність спілкуватися другою мовою.
5. Навички використання інформаційних і комунікаційних технологій.
6. Здатність до пошуку, опрацювання та аналізу інформації з різних джерел.
7. Здатність до адаптації та дії в новій ситуації; здатність працювати автономно.
8. Вміння виявляти, ставити та вирішувати проблеми.
9. Здатність до вибору стратегії спілкування.
10. Здатність працювати в команді.
11. Навички міжособистісної взаємодії.
12. Здатність діяти на основі етичних міркувань (мотивів).
13. Навички здійснення безпечної діяльності.
14. Здатність оцінювати та забезпечувати якість виконуваних робіт.
15. Здатність діяти соціально відповідально та громадянсько свідомо.

3. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ

1. Класифікувати види лицевого болю.
2. Знати причини виникнення больової дисфункції СНЩС.
3. Знати клінічні симптоми больової дисфункції СНЩС.
4. Знати діагностику больової дисфункції СНЩС.
5. Знати методи комплексного лікування больової дисфункції СНЩС.

6. Вміти проводити обстеження хворих із больовою дисфункцією СНЩС. Вміти виявляти характерні клінічні симптоми больової дисфункції. Вміти складати план комплексного лікування та догляду за хворими із больовою дисфункцією СНЩС.

4. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція)

Дисципліни	Студент повинен знати	Студент повинен вміти
Попередні:		
Анатомія	Знати анатомію верхньої та нижньої щелепи, СНЩС.	Вміти пояснити анатомію верхньої та нижньої щелепи, СНЩС.
Топографічна анатомія	Знати топографічні особливості СНЩС.	Вміти пояснити топографічні СНЩС.
Фізіологія	Знати фізіологію нервової системи та жувального апарату, фізіологічні механізми болю.	Вміти пояснити фізіологію нервової системи та жувального апарату, фізіологічні механізми болю.
Неврологія	Знати чутливу, рухову та вегетативну іннервацію ЩЛД, неврологічні захворювання ЩЛД.	Вміти пояснити чутливу, рухову та вегетативну іннервацію ЩЛД, механізми виникнення неврологічних симптомів та синдромів в ЩЛД.
Фармакологія	Знати механізм дії лікарських засобів, що використовуються для лікування невралгій, невритів ЩЛД та больової дисфункції СНЩС.	Вміти пояснити механізм дії та призначити лікарські засоби, що використовуються для лікування невралгій, невритів ЩЛД та больової дисфункції СНЩС.
Ортодонтія. Ортопедична стоматологія.	Знати ортодонтичні та ортопедичні аспекти больової дисфункції СНЩС.	Вміти пояснити механізми виникнення больової дисфункції СНЩС при порушеннях прикусу та нераціональному ортопедичному лікуванні.
Внутрішньопредметна інтеграція:		
Тема 1 («Пропедевтика хірургічної стоматології»): Методика обстеження порожнини рота, щелеп, обличчя та шиї.	Знати методику проведення обстеження пацієнта із хірургічними захворюваннями щелепно-лицевої ділянки.	Вміти провести суб'єктивне та об'єктивне обстеження хворого, призначити додаткові методи обстеження, заповнити відповідну медичну документацію.
Тема 3 («Пропедевтика хірургічної стоматології»): Біль, його компоненти, провідні шляхи болю.	Знати компоненти та провідні шляхи болю.	Вміти пояснити компоненти та провідні шляхи болю.
Тема 23 («Запальні процеси ЩЛД»): Артрит і артроз СНЩС. Синдром больової дисфункції СНЩС.	Знати клініку, діагностику, лікування артриту, артрозу та больової дисфункції СНЩС.	Вміти проводити диференційну діагностику артритів, артрозів та больової дисфункції СНЩС .

5. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ

5.1. Теоретичні питання до заняття:

1. Причини виникнення больової дисфункції СНЩС.
2. Сучасні класифікації лицевого болю.
3. Клінічні симптоми больової дисфункції СНЩС.
4. Діагностика больової дисфункції СНЩС.
5. Сучасне комплексне лікування больової дисфункції СНЩС.

5.2. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Оволодіти методикою обстеження хворих із больовою дисфункцією СНЩС.
2. Навчитись виявляти характерні клінічні симптоми больової дисфункції.
3. Скласти план комплексного лікування та догляду за хворими із больовою дисфункцією СНЩС.

6. ЗМІСТ ТЕМИ

Больова дисфункція СНЩС (синдром больової дисфункції СНЩС) має синоніми: синдром Костена, больовий дисфункціональний синдром СНЩС, міофасціальний больовий дисфункціональний синдром, дисфункція СНЩС, краніомандибулярна дисфункція, дисфункція нижньої щелепи, м'язово-суглобова дисфункція СНЩС, міоартропатія СНЩС та ін.

У 1934 р. Костен описав симптомокомплекс, що спостерігав у беззубих пацієнтів і в осіб із зниженим прикусом, які скаржилися на тупий біль у ділянці суглоба, головний біль, запаморочення, біль шийного відділу хребта, потилиці й позаду вушної раковини, підсилюється до кінця дня, клацання у суглобі під час вживання їжі, зниження слуху, шум у вухах, печіння у горлі й носі. Описаний симптомокомплекс був названий синдромом Костена. До цього синдрому надалі додали деякі інші симптоми: парестезію, ксеростомію, глосодинію, відчуття тиску у вухах, біль вушної раковини та ін. Костен вважав, що симптоми, пов'язані зі зниженням слуху, шум у вухах тощо з'являються через тиск головки нижньої щелепи на слухову трубу. Зниження прикусу призводить до тиску головок нижньої щелепи на склепіння суглобової ямки, що відокремлює порожнину суглоба від твердої мозкової оболони й тому виникає тупий біль у хребті, а біль у язиці й темпоральній ділянці спостерігається внаслідок тиску головки на вушно-темпоральний нерв і барабанну струну.

Таким чином, виникла оклюзійна концепція розвитку больової дисфункції СНЩС. Однак тут є деякі нез'ясовані питання, тобто чому дисфункція СНЩС з'являється в осіб без зміни прикусу, без порушення оклюзії.

Інша теорія больової дисфункції СНЩС — вплив факторів психологічного стресу. Особлива увага приділяється емоційним факторам, стресу. У результаті цього виникають напружені стани зі стисненням зубів, що спричинює спазм м'язів й біль. Виявлено, що в більшості хворих із больовою дисфункцією мають місце неврогенні та психічні порушення.

Бруксизм (скреготання зубами під час сну) та інші парафункціональні звички розглядають, як причину функціональних порушень, які проявляються у вигляді м'язового болю, спазмів і дисфункції СНЩС. Крім психічних факторів до підвищення м'язового тонузу призводять гормональні порушення (менопауза), захворювання щитоподібної залози, внутрішніх органів (печінки), ревматичні захворювання.

Порушення в зубо-щелепній системі є пусковим фактором у розвитку больової дисфункції СНЩС: під час змикання зубних рядів окремі зуби або ділянки їхньої оклюзійної поверхні вступають у контакт раніше, ніж інші передчасні контакти, суперконтакти, створюються перешкоди для змикання інших зубів. Це може призвести до зсуву нижньої щелепи у вимушене положення, коли множинні контакти досягаються ціною порушення координованої функції жувальних м'язів і зміною положення суглобових головок. Це призводить до порушення нормальної білатеральної функції жувальних м'язів і елементів СНЩС, а клінічно проявляється больовою дисфункцією. Неповноцінно виготовлені зубні протези з невивіреними оклюзійними контактами, що спричинюють біль і незручність при користуванні ними. Рефлекторно змінюється функція жувальних м'язів, перебудовується жування, що призводить до

мікротравми суглобових елементів і порушенню їхньої трофіки. При змінах взаємного розташування суглобової головки, ямки й диска перерозподіляється функціональне навантаження на ті або інші ділянки зчленування. У ділянках, де навантаження збільшені, спостерігається компресія м'яких тканин, в інших ділянках, де відзначають розтягнення — дистракція. У результаті утворюються тріщини, перфорації, розриви диска й суглобного хряща, розтягнення суглобових зв'язок, дислокація диска, трофічні зміни в суглобі.

За відсутності своєчасного етіопатогенетичного лікування патологічний процес із м'яких тканин переходить на суглобові поверхні.

Локалізація й ступінь виразності деструктивних змін у СНЩС залежить від величини спазму жувальних м'язів і напрямку зсуву суглобових головок. Так, при однібічній втраті жувальних зубів, наприклад, зліва — нижня щелепа зміщується переважно вправо. При цьому ліва суглобова головка (не робоча сторона) зміщується допереду, донизу і всередину, відбувається мікротравма переднього відділу суглоба, компресія диска, розтягнення капсули й зв'язок суглоба, сплющується скат і верхівка суглобового горбика. Права суглобова головка (робоча сторона) зміщується нагору, назад і назовні, відбувається мікротравма заднього верхнього й зовнішнього відділу суглоба, компресія задискової зони, сплющується головка щелепи.

Клінічна картина. Симптоматика подібна до артрити й артрозу. Хворі скаржаться на тупий, ниючий біль у СНЩС. Біль і чутливість під час пальпації привушної ділянки або зовнішнього слухового ходу, а також при відкриванні й закриванні рота, іррадіація болу у скроневу або інфраорбітальну ділянку, інколи — у потилицю й хребет (шийний відділ). Клацання та крепітація в СНЩС, наявність болісних і спазмованих ділянок у жувальних м'язах. Біль в м'язах посилюється при відкриванні рота. Пальпація СНЩС безболісна, збільшена амплітуда рухів нижньої щелепи.

Клацання в суглобі є наслідком переднього зміщення суглобового диска. При відкриванні рота суглобова головка контактує із заднім краєм меніска й потім зіскакує в центральне положення його ввігнутої зони, відбувається клацання. При зворотному русі головка суглоба знову перескакує через задній край суглобового диска, спричинюючи клацання. Відзначено, що звук у вигляді клацання при відкриванні рота виникає пізніше, ніж при закриванні.

Характерним для больової дисфункції СНЩС є зсув нижньої щелепи убік при відкриванні рота, S-подібні рухи. Виділяють дві клінічні форми дисфункції СНЩС: прихована, активна. Для останньої форми характерний біль і акустичні симптоми (шум, тріск, клацання).

Рентгенологічні дослідження СНЩС (укладки за Пармом, Шуллером) вказують на відсутність кісткових змін виросткового відростка нижньої щелепи, суглобового горбика. Спостерігається асиметрія взаємовідношень суглобових головок і суглобових щілин.

Диференціальну діагностику дисфункції СНЩС проводять з артритом, артрозом, невритом трійчастого нерва, синдромом Eagle чи синдромом шилоподібного відростка, що характеризується болем під час ковтання в ділянці кореня язика, рухів, біль іррадіює в ділянку вуха, виникає біль при повороті голови, головний біль, запаморочення, яке пов'язане з тиском шилоподібного відростка на сонну артерію, особливо при рухах голови. Хворий вказує на відчуття стороннього предмета в ділянці дна порожнини рота, а іноді й дисфалгію. Пальпаторно в ділянці нижнього відділу передньої піднебінної дужки, а також дна порожнини рота визначається подовжений шилоподібний відросток (у нормі розмір відростка становить 25 мм). На рентгенограмі визначається збільшений відросток, при цьому кінцевий його відділ проєктується на ділянку кута нижньої щелепи.

Лікування дисфункції СНЩС. У гострих і свіжих випадках синдрому дисфункції СНЩС, що розвивається, наприклад, за типом невралгії трійчастого нерва, швидкий, але короткочасний ефект лікування досягається шляхом вправлення зміщеного внутрішньосуглобового диска за методикою, що нагадує вправлення вивиху СНЩС за Гіппократом або за допомогою внутрішньосуглобової новокаїнової блокади.

Більш стійке усунення симптомів захворювання досягається поетапним витягненням суглоба за допомогою міжщелепної оклюзійної шини або накушувальної пластинки, що нормалізує положення внутрішньосуглобового диска. Успіх лікування закріплюється наступним протезуванням зубів.

Дуже важливим є нормалізування оклюзії: усунення окремих супраконтактів оклюзійних поверхонь зубів, що перешкоджають множинним контактам зубів-антагоністів, застосовувати

вибіркове пришліфування жувальних поверхонь зубів антагоністів. При цьому можливе виникнення ускладнень: зниження міжальвеолярної висоти (висоти центральної оклюзії); гіперестезія твердих тканин зубів; надмірне навантаження на пародонт після пришліфування оклюзійних супраконтактів на жувальних поверхнях; виведення з контакту одних зубів і перевантаження пародонта інших. Для оклюзійної корекції враховують основи біомеханіки жувального апарата та дотримуються певних правил: верхівки опорних горбів (верхніх піднебінних і щічних нижніх) не зішліфовуються у зв'язку з тим, що вони забезпечують стабільність центральної оклюзії, зберігаючи оклюзійну висоту. Захисні горби (верхні щічні й нижні язикові) зберігаються, тому що верхні щічні горби захищають слизову оболонку щоки, нижні язикові — слизову оболонку язика від травмування її зубами. Зішліфовуються схили горбів, які заважають динамічній оклюзії, ділянки зубів, які збереглися, заглиблюються фісури, загладжуються гострі краї. У центральній оклюзії не виводяться зуби з контакту. Щоб уникнути надмірного стирання зубів, доцільно спочатку скласти план зішліфовування у порожнині рота, потім зішліфувати зуби на моделі й вирішувати питання про те, чи можна усунути супраконтакти методом зішліфовування або необхідні інші методи оклюзійної корекції.

Характер оклюзійних контактів перевіряють за допомогою воскових оклюдограм і копіювального паперу.

Медикаментозна терапія включає: ненаркотичні анальгетики та заспокійливі препарати, міорелаксанта та ін. У разі повної закупорки внутрішньої сонної артерії прагнуть поліпшити колатеральний кровообіг головного мозку за допомогою операції ЕКМА (екстра- та інтракраніальний мікроанастомоз) або призначенням вазоактивних засобів, що не завжди ефективно.

Методи профілактики синдрому дисфункції СНЩС і каротидної недостатності, що її ускладнює, мають бути на першому місці й спрямовані на виключення пологової і будь-яких інших випадкових травм, хронічних функціональних перевантажень СНЩС, що виникають при каріозному ураженні зубів, парадонтозі, патологічній стертості зубів, аномаліях прикусу й інших масових вроджених і набутих захворюваннях зубів і щелеп.

Призначають фізіотерапевтичні процедури: міогімнастику, масаж, діадинамічні струми, ультразвук, черезшкірну стимуляцію. Виготовляють міжоклюзійні ортопедичні капи, назубні шини, які призводять до релаксації м'язів і змінюють співвідношення між суглобовою головою нижньої щелепи й суглобовою ямкою. Час лікування шинами становить 3—12 міс. залежно від віку пацієнта й вираженості клінічної картини. Користуватися шинами потрібно цілодобово, знімати тільки для гігієни зубів, шин чи кап.

Протезні конструкції виготовляють не раніше, ніж через 1 рік користування тимчасовою шиною.

Для профілактики захворювання рекомендовано раціональне протезування в найближчі місяці після видалення великих і малих кутніх зубів, якісне лікування зубів, своєчасне звернення до стоматолога при патологічній стертості зубів, порушенні прикусу та ін.

7. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Хвора Н. 67 років скаржить на болі у привушно-жувальній ділянці, шум у вухах, зниження слуху, печію язика. При огляді виявлено ксеростомію і патологічне стирання зубів обох щелеп (пониження висоти прикусу), гіпертонус жувальних м'язів. Який найбільш ймовірний діагноз?

- А. Синдром Костена.
- В. Контрактура жувальних м'язів
- С. Остеоартроз СНЩС
- Д. Невралгія III гілки трійчастого нерва
- Е. Гострий отит

2. У хворого, 36 років, біль і скутість у СНЩС уранці, що зменшується надвечір, набряк м'яких тканин біля інших суглобів, збільшені лімфатичні вузли поруч з ліктьовим суглобом. На рентгенограмі узури бічних ділянок суглобових поверхонь. Назвіть діагноз.

- А. Ревматичний артрит СНЩС.
- В. Гострий артрит СНЩС.
- С. Інфекційний артрит СНЩС.
- Д. Хронічний артрит СНЩС.

Е. Артрозо-артрит СНЩС.

3. У хворого, 42 років, відзначають тупий біль і клацання в правому СНЩС, головний біль, погіршення слуху, шум у вухах, біль у заушній ділянці. При пальпації привушної ділянки та в зовнішньому слуховому ході виникає біль. При відкриванні рота — S-подібне відхилення нижньої щелепи, клацання. На рентгенограмі: асиметрія положення суглобової головки. Визначте діагноз.

А. Артрозо-артрит.

В. Синдром больової дисфункції СНЩС.

С. Гострий артрит СНЩС.

Д. Артроз СНЩС.

Е. Хронічний артрит.

4. У чоловіка, 60 років, тупий ниючий біль, зниження слуху, відчуття закладеності в правому вусі. Є часткова вторинна адентія. На рентгенограмах: суглобова щілина наближається до прямої лінії, місцями різко звужується, глибина суглобової ямки зменшена, суглобовий горбик згладжено, суглобові поверхні інконгруентні. Поставте діагноз.

А. Артроз СНЩС.

В. Хронічний артрит СНЩС.

С. Гострий артрит СНЩС.

Д. Больова дисфункція СНЩС.

Е. Загострення хронічного артрити СНЩС.

8. ЛІТЕРАТУРА

Основна література:

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; у 2т. – Т. 1 / В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін. – К.: ЛОГОС, 2011. – 669 с.

2. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; у 2т. – Т. 2 / В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін. – К.: ЛОГОС, 2011. – 606 с.

3. Тимофеев А. А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А. А. Тимофеев. – Київ: «Червона Рута-Турс», 2002. – 1024 с.

Додаткова література:

1. Бернадський Ю.Й. Основи щелепно-лицевої хірургії і хірургічної стоматології: навчальний посібник / Ю.Й. Бернадський. – Київ: «Спалах». – 2003. – 512 с

2. Методичні рекомендації для підготовки до складання ліцензійних інтегрованих іспитів "Крок1", "Крок2", "Крок3" / Б. С. Зіменковський, М. Р. Гжегоцький, І. І. Солонинко, Р. З. Огоновський, Р. Б. Лесик, Ю. Я. Кривко, Б. В. Дибас Львів: Друкарня ЛНМУ ім. Данила Галицького, 2013. - 96 с.

Міністерство освіти і науки України
Державний вищий навчальний заклад
«Ужгородський національний університет»
Кафедра хірургічної стоматології та клінічних дисциплін

ЗАТВЕРДЖЕНО
на засіданні кафедри хірургічної стоматології
та клінічних дисциплін
Завідувач кафедри
к. мед. н., доц. Гема-Багіна Н. М.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

Курс V; Факультет Стоматологічний

Навчальна дисципліна: Хірургічна стоматологія

Тема № 3. Хірургічні методи лікування контрактури нижньої щелепи

Ужгород – 2022

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ

Контрактура нижньої щелепи — стійке обмеження рухомості нижньої щелепи, зумовлене позасуглобовими чинниками, переважно внаслідок патологічних змін тканин, які оточують СНЩС і функціонально з ним пов'язані. Хворіють люди віком від 3 до 70 років, що пов'язано з етіологічними факторами, приблизно однаково часто і жінки, і чоловіки. Лікування залежить від виду контрактури, давності контрактури, обсягу й виду уражених тканин, загального стану пацієнта і є, як правило комплексним. Проте, за наявності патологічно змінених тканин, які не піддаються консервативним методам лікування, основна роль належить хірургічним методам лікування.

2. НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ ЗАНЯТТЯ

➤ фахові компетентності:

1. Збирання медичної інформації про стан пацієнта.
2. Оцінювання результатів лабораторних та інструментальних досліджень.
3. Встановлення клінічного діагнозу стоматологічного захворювання.
4. Планування та проведення заходів профілактики стоматологічних захворювань.
5. Визначення характеру та принципів лікування стоматологічних захворювань.
6. Визначення необхідного режиму праці та відпочинку, дієти при лікуванні стоматологічних захворювань.
7. Визначення тактики ведення стоматологічного хворого при соматичній патології.
8. Виконання медичних та стоматологічних маніпуляцій.
9. Проведення лікування основних стоматологічних захворювань.
10. Організація та проведення стоматологічної диспансеризації осіб, що підлягають диспансерному нагляду.
11. Оцінювання впливу навколишнього середовища на стан здоров'я населення (індивідуальне, сімейне, популяційне).
12. Ведення медичної документації.
13. Опрацювання державної, соціальної та медичної інформації.

➤ загальні компетентності:

1. Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу; здатність вчитися і бути сучасно навченим.
2. Знання та розуміння предметної області та розуміння професії.
3. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.
4. Здатність спілкуватися державною мовою як усно, так і письмово; здатність спілкуватися другою мовою.
5. Навички використання інформаційних і комунікаційних технологій.
6. Здатність до пошуку, опрацювання та аналізу інформації з різних джерел.
7. Здатність до адаптації та дії в новій ситуації; здатність працювати автономно.
8. Вміння виявляти, ставити та вирішувати проблеми.
9. Здатність до вибору стратегії спілкування.
10. Здатність працювати в команді.
11. Навички міжособистісної взаємодії.
12. Здатність діяти на основі етичних міркувань (мотивів).
13. Навики здійснення безпечної діяльності.
14. Здатність оцінювати та забезпечувати якість виконуваних робіт.
15. Здатність діяти соціально відповідально та громадянсько свідомо.

3. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ

1. Класифікувати контрактури нижньої щелепи.
2. Знати етіопатогенез, клініку, діагностику контрактури нижньої щелепи.
3. Знати додаткові методи обстеження хворих із контрактурами нижньої щелепи.
4. Знати диференційну діагностику контрактур нижньої щелепи.
5. Знати сучасні медикаментозні методи лікування контрактур нижньої щелепи.

6. Знати сучасні хірургічні методи лікування контрактур нижньої щелепи.
7. Знати фізіотерапевтичні методи реабілітації хворих із контрактурами нижньої щелепи.
8. Знати заходи профілактики контрактур нижньої щелепи.
9. Вміти проводити обстеження хворого з контрактурою нижньої щелепи. Вміти проводити диференційну діагностику контрактури нижньої щелепи з анкілозом СНЩС, призначивши додаткові методи обстеження хворого. Визначати покази до хірургічного лікування хворих із контрактурами нижньої щелепи. Вміти призначати методи фізіотерапевтичного лікування при контрактурах нижньої щелепи, призначити ЛФК, механотерапію.

4. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція)

Дисципліни	Студент повинен знати	Студент повинен вміти
Попередні:		
Анатомія Топографічна анатомія	Знати анатомо-топографічну будову нижньої щелепи, жувальних м'язів, СНЩС, їх васкуляризацію та іннервацію. Знати топографію клітковинних просторів ЩЛД.	Вміти пояснити локалізацію патологічного процесу в щелепно-лицевої ділянці.
Патологічна анатомія	Знати патоморфологічні зміни в тканинах, що виникають при контрактурах нижньої щелепи.	Вміти пояснити механізм виникнення патоморфологічних змін, що виникають при контрактурах нижньої щелепи.
Рентгенологія	Знати рентгенологічну картину СНЩС.	Вміти описати рентгенологічні зміни в СНЩС при анкілозах та контрактурах нижньої щелепи.
Фармакологія	Знати фармакологічні властивості медпрепаратів, що застосовуються для лікування контрактур нижньої щелепи.	Вміти призначити препарати різних фармакологічних груп при лікуванні контрактур нижньої щелепи.
Лікувальна фізкультура	Знати методи ЛФК та загальні принципи механотерапії для лікування хворих з контрактурами нижньої щелепи.	Вміти призначити курс ЛФК та механотерапії хворим з контрактурами нижньої щелепи.
Внутрішньопредметна інтеграція:		
Тема 1 («Пропедевтика хірургічної стоматології»): ... Методика обстеження порожнини рота, щелеп, обличчя та шиї.	Знати методику проведення обстеження пацієнта із хірургічними захворюваннями щелепно-лицевої ділянки.	Вміти провести суб'єктивне та об'єктивне обстеження хворого, призначити додаткові методи обстеження, заповнити відповідну медичну документацію.
Тема 3 («Пропедевтика хірургічної стоматології»): ... Загальне знеболення.	Знати специфіку проведення, показання та протипоказання до загального знеболення в стоматології.	Вміти правильно обирати оптимальний вид знеболення при проведенні оперативних втручань в ЩЛД.
Тема 23 («Запальні процеси ЩЛД»): Артрит і артроз СНЩС: ускладнення.	Знати можливі ускладнення артритів і артрозів СНЩС.	Вміти проводити профілактику ускладнень артритів і артрозів СНЩС.
Тема 4 («Травматологія ЩЛД»):	Знати клініку, діагностику, методи лікування переломів суглобових	Вміти проводити профілактичні заходи у

Невогнепальні пошкодження нижньої щелепи...	відростків нижньої щелепи.	хворих з переломами суглобових відростків нижньої щелепи з метою попередження контрактур нижньої щелепи.
---------------------------------------------	----------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------

5. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ

5.1. Теоретичні питання до заняття:

8. Класифікація контрактур нижньої щелепи.
9. Етіопатогенез, клініка, діагностика контрактури нижньої щелепи.
10. Додаткові методи обстеження хворих із контрактурами нижньої щелепи.
11. Диференційна діагностика контрактур нижньої щелепи.
12. Сучасні медикаментозні методи лікування контрактур нижньої щелепи.
13. Сучасні хірургічні методи лікування контрактур нижньої щелепи.
14. Фізіотерапевтична реабілітація хворих із контрактурами нижньої щелепи.
15. Профілактика контрактур нижньої щелепи (запальних, посттравматичних, післяін'єкційних).

5.2. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Оволодіти методикою обстеження хворого з контрактурою нижньої щелепи:
2. Навчитись проводити диференційну діагностику контрактури нижньої щелепи з анкілозом СНЩС, призначивши додаткові методи обстеження хворого.
3. Визначати покази до хірургічного лікування хворих із контрактурами нижньої щелепи. Навчитись призначати методи фізіотерапевтичного лікування при контрактурах нижньої щелепи, призначити ЛФК, механотерапію.

6. ЗМІСТ ТЕМИ

Контрактура нижньої щелепи — стійке обмеження рухомості нижньої щелепи, зумовлене позасуглобовими чинниками, переважно внаслідок патологічних змін тканин, які оточують СНЩС і функціонально з ним пов'язані.

Хворіють люди віком від 3 до 70 років, що пов'язано з етіологічними факторами, приблизно однаково часто і жінки, і чоловіки.

Етіологія. Контрактури виникають унаслідок дії різних негативних факторів та ураження різних прилеглих до суглоба тканин, і спостерігаються після запальних процесів, травм, ін'єкцій, при пухлинних процесах, системних захворюваннях сполучної тканини, нейрогенні, фіксаційні, артрогенні, змішаної етіології.

Велике значення має генетично зумовлений тип загоєння у хворого ран і його схильність до утворення гіпертрофічних або келоїдних рубців, що є прогностично негативним фактором. Навпаки, при утворенні атрофічних рубців ризик виникнення контрактури є значно меншим. Певну роль можуть відігравати системні захворювання сполучної тканини, які супроводжуються підвищеним колагеногенезом (ревматоїдний артрит, червоний вовчак, осифікуючий міозит, дерматоміозит, грибоподібний мікоз та ін.).

Класифікація. Контрактури класифікують за різними ознаками. Так, за видом уражених тканин виділяють: дерматогенні, мукогенні, фасціогенні, міогенні, остеогенні, комбіновані. За типом патологічних тканин, які обмежують відкриття рота: рубцеві (фіброзні), кісткові, кістково-рубцеві. За стійкістю в часі: стійкі, нестійкі. За віком хворих, коли вони виникли: у дитячому віці, у дорослих (після закінчення росту лицевого черепа). За наявністю порушень у суглобі: без анкілозу, з наявністю анкілозу СНЩС.

Місцеве обстеження проводять після загального. Воно передбачає вивчення зовнішніх контурів обличчя, ступеня відкриття рота, рухомості нижньої щелепи, наявності рубців на шкірі, слизовій оболонці та їхній напрямок і розташування, розміри і розташування ділянок тканин підвищеної щільності, тобто виявлення видимої причини контрактури та ін.

Додаткові методи дослідження пацієнтів із контрактурою нижньої щелепи включають ортопантомографію лицевого черепа, рентгенографію нижньої щелепи, СНЩС, кісток обличчя, ехоостеометрію, електроміографію жувальних м'язів, імунограму, вивчення моделей щелеп, вивчення прикусу в артикуляторі (оклюдаторі), вивчення функціонального стану СНЩС, термографію, КТ, 3-D КТ, інші методи (за показаннями).

Клінічна картина контрактури залежить від її виду, часу виникнення, віку хворого, попереднього лікування тощо. Загальна її ознака — тривале зведення щелеп різного ступеня. Пальпаторно можна визначити грубі рубцеві стягнення вздовж ліній розтягнення тканин при відкриванні рота — у присінку рота, в ретромолярній ділянці, в ділянці вилицевої кістки, вінцевого відростка. Якщо захворювання розвинулося в дитячому або юнацькому віці, можна виявити недорозвинення тіла або гілки щелепи, зміщення підборідного відділу щелепи в здоровий бік.

Контрактури різного генезу можуть мати свої особливі ознаки. Після запалення — зведення щелеп різного ступеня, можливий залишковий біль і припухлість м'яких тканин, потовщення щелеп, зміщення (девіація) щелепи у хворий бік. Після травми можливі рубці на шкірі, деформація обличчя, зміщення або дефекти м'яких тканин і фрагментів кісток, натягування рубців при відкриванні рота, зміна глибини присінка порожнини рота.

Після ін'єкцій клінічна картина може значно варіювати. Якщо некрозу тканин не було, то локальні запалення швидко піддаються лікуванню. Якщо після введення некондиційного розчину виникли значні некрози тканин із профузними (і навіть летальними) кровотечами з магістральних судин і необхідністю їх перев'язки, то можливі грубі дефекти і деформації тканин, резорбційні переломи нижньої щелепи, зміна положення голови хворого з нахилом у хворий бік, інвалідизація хворих тощо.

Неврогенні контрактури можуть не мати клінічних особливостей, окрім змін психічного стану хворих. Контрактури при пухлинах — причина її, зазвичай проявляється досить чітко, хоча малі за розміром остеоми буває досить складно діагностувати. Фіксаційні контрактури виявляють частіше одразу після зняття фіксувальних пристроїв, якщо рот не відкривається і є наявним виражений больовий компонент. Контрактури змішаного генезу мають кілька чітких клінічних ознак.

Контрактура, яка виникла в дитини, впливає на ріст і розвиток кісток лицевого черепа і може спричинити деформації його і шийного відділу хребта, грудної клітки тощо.

Диференціальну діагностику проводять з анкілозом СНЩС, деформівним остеоартрозом СНЩС, системними захворюваннями сполучної тканини, які спричинюють зміни у ступені відкривання рота.

Лікування залежить від виду контрактури, давності контрактури, обсягу й виду уражених тканин, загального стану пацієнта. Виділяють консервативне, хірургічне, консервативно-хірургічне лікування.

Консервативне лікування включає призначення загальнозміцнювальних, гіпосенсибілізуювальних, симптоматичних засобів, контроль і вплив на розвиток рубцевої тканини (на весь період формування рубців — на термін до 1 ро-ку). Обов'язково остаточно усувають запальний процес, призначають методи фізіотерапії, інтенсивної активної і пасивної механотерапії з використанням міжщелепних розпірок.

Редресація (насильний безкровний розрив рубців) можлива лише у разі свіжих контрактур, малих обсягів рубця, наявності великої кількості зубів із здоровим пародонтом, у дорослих. При використанні метода в інших умовах, у дітей він може призвести до втрати (вивихам) зубів і наступним рецидивам контрактури.

Хірургічне лікування проводять за наявності патологічно змінених тканин, які не піддаються консервативним методам лікування. Види операцій численні і залежать від клінічних умов — розосередження рубців, їх висічення, висічення рубців і одночасною місцевою або вільною пластикою м'якими тканинами, видалення кісткових розростань з використанням розпірок, які утримують нижню щелепу у вимушеному положенні (відкритий рот) для запобігання розвитку ускладнень.

Під час оперативного втручання залежно від місцевих умов і стану задіяних тканин необхідно виконати ряд вимог:

- 1) максимально видалити патологічно змінені тканини;
- 2) максимально роз'єднати здорові та патологічно змінені тканини;

- 3) інтерпонувати між залишками уражених тканин здорові тканини з нормальним або низьким регенераторним потенціалом;
 - 4) запобігти можливим ускладненням операції (запалення, гематома, порушення кровообігу);
 - 5) максимально відкрити рот і зафіксувати досягнутий рівень міжщелепною розпіркою.
- Запропоновані такі методи хірургічного лікування рубцевих змін (Ю.Й. Бернадський, 1998):

1. Фіброзні комісури біля виросткового відростка — редресація (безкровне насильне відновлення рухомості нижньої щелепи).
2. Лінійні фіброзні рубці слизової оболонки крило-нижньощелепної складки — розосередження рубців зустрічними трикутними клаптями.
3. Великі фіброзні комісури в межах слизової оболонки щоки і в ретромоларній ділянці по крило-нижньощелепній складці) — висічення рубців (з боку присінка рота) і пересадження розщепленого клаптя шкіри.
4. Фіброзні комісури в межах власне жувального м'яза — відшарування всього жувального м'яза разом із рубцями та його фіксація (у скороченому стані) на рівні верхніх 2/3 гілки щелепи.
5. Великі дефекти щоки і рубцеві стягнення вздовж переднього краю власне жувального м'яза (після номи, травми та ін.) — висічення рубцевих тканин і закриття дефекту щоки стеблом Філатова або клаптем на ніжці, або артеріалізованим шкірним клаптем при максимальному відведенні нижньої щелепи.

Методи лікування кісткових контрактур (Ю.Й. Бернадський, 1998):

1. Кісткові і фіброзні комісури навколо виросткового відростка — висічення фіброзних комісур, остеотомія та артропластика виросткового відростка з використанням деепідермізованого шкірного клаптя.
2. Кісткові і фіброзні зрощення між виростковим, вінцевим відростками, щелепною вирізкою та основою черепа — висічення кістково-рубцевого конгломерату з моделюванням головки нижньої щелепи, інтерпозицією шкірного деепідермізованого клаптя.
3. Кісткові та фіброзні зрощення між переднім краєм гілки нижньої щелепи, вінцевим відростком і горбом верхньої щелепи — висічення рубців, усунення кісткових зрощень, резекція вінцевого відростка з боку порожнини рота, епідермізація рани розщепленим шкірним клаптем.
4. Кісткові та фіброзні зрощення між вінцевим відростком нижньої щелепи, виличною дугою і горбом верхньої щелепи — висічення рубців і кісткових зрощень, резекція вінцевого відростка через зовнішній доступ.
5. Кісткові та фіброзні зрощення між альвеолярними відростками щелеп, переднім краєм гілки нижньої щелепи, горбом верхньої щелепи і крилоподібним відростком за відсутності рубцевих деформацій шкіри — висічення конгломерату рубців і кісткових комісур внутрішньоротовим шляхом, пересадження розщепленого вільного шкірного клаптя.

Утім, зазначені автором операції необхідно індивідуалізувати відповідно до клінічних умов і можливостей уражених тканин.

Після операції — максимально тривалий час утримувати міжщелепну розпірку (до загоєння рани, зникнення набряку тощо); призначити необхідне медикаментозне консервативне лікування (місцево — мазі, масаж, рентгенотерапія); проводити механотерапію весь період формування рубця.

Рецидиви контрактур спостерігаються при системних ураженнях сполучної тканини хворого, надмірному колагеногенезі з утворенням гіпертрофічних рубців, помилках і неналежному лікуванні хворого.

7. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Вкажіть найбільш поширений метод дослідження при патологічних процесах в жувальних м'язах для оцінки їх функціонального стану.
 - A. Електроміографія жувальних м'язів.
 - B. Тензоалгометрія.
 - C. УЗД жувальних м'язів.
 - D. Термометрія м'язів.

Е. Реографія.

2. Які групи препаратів найефективніші для лікування хронічного фіброзного запального процесу в м'яких тканинах?

- А. Анальгетики і седативні засоби.
- В. Антигістамінні і жарознижуючі.
- С. Антикоагулянти.
- Д. Метаболічні стероїди.
- Е. Протеолітичні ферменти, біостимулятори.

3. За видом контрактура буває:

- А. Артрогенна, больова, міогенна, нейрогенна, рубцева
- В. Артрогенна, больова, нейрогенна, гематогенна, лімфогенна
- С. Больова, міогенна, рубцева
- Д. Больова, міогенна, нейрогенна
- Е. Нейрогенна, гематогенна, лімфогенна

4. Контрактура, зумовлена змінами в капсулі суглоба або зв'язках є:

- А. Артрогенна
- В. Хондрогенна
- С. Міогенна
- Д. Остеогенна
- Е. Рубцева

8. ЛІТЕРАТУРА

Основна література:

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; у 2т. – Т. 1 / В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін. – К.: ЛОГОС, 2011. – 669 с.
2. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; у 2т. – Т. 2 / В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін. – К.: ЛОГОС, 2011. – 606 с.
3. Тимофеев А. А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А. А. Тимофеев. – Київ: «Червона Рута-Турс», 2002. – 1024 с.

Додаткова література:

1. Бернадський Ю.Й. Основи щелепно-лицевої хірургії і хірургічної стоматології: навчальний посібник / Ю.Й. Бернадський. – Київ: «Спалах». – 2003. – 512 с
2. Методичні рекомендації для підготовки до складання ліцензійних інтегрованих іспитів "Крок1", "Крок2", "Крок3" / Б. С. Зіменковський, М. Р. Гжегоцький, І. І. Солонинко, Р. З. Огоновський, Р. Б. Лесик, Ю. Я. Кривко, Б. В. Дибас Львів: Друкарня ЛНМУ ім. Данила Галицького, 2013. - 96 с.

Міністерство освіти і науки України
Державний вищий навчальний заклад
«Ужгородський національний університет»
Кафедра хірургічної стоматології та клінічних дисциплін

ЗАТВЕРДЖЕНО
на засіданні кафедри хірургічної стоматології
та клінічних дисциплін
Завідувач кафедри
к. мед. н., доц. Гема-Багіна Н. М.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

Курс V; Факультет Стоматологічний

Навчальна дисципліна: Хірургічна стоматологія

Тема № 4. Пластика м'яких тканин ЩЛД місцевими тканинами. Пластика м'яких тканин ЩЛД клаптем на ніжці.

Ужгород – 2022

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ

Питання відновної хірургії при вроджених та набутих дефектах і деформаціях обличчя становлять актуальну і складну проблему щелепно–лицевої хірургії, тому стоматологи повинні орієнтуватись в основних принципах і прийомах планування місцевопластичних операцій, знати показання до застосування різноманітних методик лікування.

Пластика клаптем на ніжці є складним видом місцевопластичних операцій. Складність клаптевої реконструкції полягає не тільки в хірургічній техніці, а й у передопераційному плануванні і виборі раціональних способів, тому хірург зобов'язаний оцінити всі можливі методи пластики й урахувати всі наявні фактори. Корисно також мати альтернативні плани у разі непередбачуваних обставин, що виникли в ході операції.

2. НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ ЗАНЯТТЯ

➤ фахові компетентності:

1. Збирання медичної інформації про стан пацієнта.
2. Оцінювання результатів лабораторних та інструментальних досліджень.
3. Встановлення клінічного діагнозу стоматологічного захворювання.
4. Планування та проведення заходів профілактики стоматологічних захворювань.
5. Визначення характеру та принципів лікування стоматологічних захворювань.
6. Визначення необхідного режиму праці та відпочинку, дієти при лікуванні стоматологічних захворювань.
7. Визначення тактики ведення стоматологічного хворого при соматичній патології.
8. Виконання медичних та стоматологічних маніпуляцій.
9. Проведення лікування основних стоматологічних захворювань.
10. Організація та проведення стоматологічної диспансеризації осіб, що підлягають диспансерному нагляду.
11. Оцінювання впливу навколишнього середовища на стан здоров'я населення (індивідуальне, сімейне, популяційне).
12. Ведення медичної документації.
13. Опрацювання державної, соціальної та медичної інформації.

➤ загальні компетентності:

1. Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу; здатність вчитися і бути сучасно навченим.
2. Знання та розуміння предметної області та розуміння професії.
3. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.
4. Здатність спілкуватися державною мовою як усно, так і письмово; здатність спілкуватися другою мовою.
5. Навички використання інформаційних і комунікаційних технологій.
6. Здатність до пошуку, опрацювання та аналізу інформації з різних джерел.
7. Здатність до адаптації та дії в новій ситуації; здатність працювати автономно.
8. Вміння виявляти, ставити та вирішувати проблеми.
9. Здатність до вибору стратегії спілкування.
10. Здатність працювати в команді.
11. Навички міжособистісної взаємодії.
12. Здатність діяти на основі етичних міркувань (мотивів).
13. Навики здійснення безпечної діяльності.
14. Здатність оцінювати та забезпечувати якість виконуваних робіт.
15. Здатність діяти соціально відповідально та громадянсько свідомо.

3. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ

1. Класифікувати клапті на ніжці.
2. Знати способи пластичного заміщення дефектів ЩЛД клаптями на ніжці.
3. Знати диспансеризацію хворих після відновних операцій в ЩЛД.
4. Знати деонтологічні аспекти в роботі з хворими, які потребують відновних операцій в ЩЛД.

5. Вміти проводити клінічне обстеження пацієнта, який потребує відновного операційного втручання в ЩЛД. Відпрацювати на фантомних моделях техніку заміщення набутих дефектів і деформацій та післяопераційних деформацій клаптями на ніжці. Скласти план комплексного лікування та догляду за хворими в післяопераційному періоді.

4. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція)

Дисципліни	Студент повинен знати	Студент повинен вміти
Попередні:		
Анатомія	Знати анатомо-гістологічну будову шкіри та підшкірної клітковини, їх васкуляризацію та іннервацію.	Вміти пояснити анатомічну будову ЩЛД та органів порожнини рота.
Гістологія	Знати особливості відтоку лімфи та функціональні властивості шкіри.	Вміти пояснити особливості відтоку лімфи та функціональні властивості шкіри.
Топографічна анатомія	Знати топографію анатомічних утворень щелепно-лицевої ділянки.	Вміти пояснити локалізацію дефекту щелепно-лицевої ділянки, визначати вид та об'єм втрачених тканин.
Фармакологія	Знати фармакологічні властивості препаратів, що призначаються хворим при пластичному закритті дефектів ЩЛД.	Вміти призначити препарати різних фармакологічних груп хворим при пластичному закритті дефектів ЩЛД.
Внутрішньопредметна інтеграція:		
Тема 1 («Пропедевтика хірургічної стоматології»): Методика обстеження порожнини рота, щелеп, обличчя та шиї.	Знати методику проведення обстеження пацієнта із хірургічними захворюваннями щелепно-лицевої ділянки.	Вміти провести суб'єктивне та об'єктивне обстеження хворого, призначити додаткові методи обстеження, заповнити відповідну медичну документацію.
Тема 2 («Пропедевтика хірургічної стоматології»):... Асептика та антисептика	Знати правила асептики та антисептики при проведенні оперативних втручань в ЩЛД.	Вміти проводити асептичну обробку рук хірурга та операційного поля під час операцій в ЩЛД.
Тема 3 («Пропедевтика хірургічної стоматології»): ... Загальне знеболення. Місцеве знеболення.	Знати специфіку проведення, показання та протипоказання до загального знеболення в стоматології. Знати методику проведення місцевого знеболення при оперативних втручаннях.	Вміти правильно обирати оптимальний вид знеболення при проведенні пластичних операцій в ЩЛД. Вміти проводити місцеве знеболення при оперативних втручаннях в ЩЛД.
Тема 13 («Травматологія ЩЛД»): Термічні ушкодження обличчя... Можливості пластичної хірургії при термічних ушкодженнях обличчя.	Знати основні клінічні прояви та принципи діагностики та лікування термічних ушкоджень обличчя.	Вміти надавати невідкладну допомогу при термічних ушкодженнях ЩЛД, визначати площу уражених тканин, проводити ПХО опікових ран.

5. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ

5.1. Теоретичні питання до заняття:

1. Цілі і завдання відновної хірургії щелепно-лищевої ділянки.
2. Обстеження пацієнтів, які потребують відновних операційних втручань в ЩЛД.
3. Класифікація дефектів та деформацій щелепно-лищевої ділянки згідно етіології, патогенезу, локалізації та характеру порушень функцій.
4. Показання до реконструктивно-відновних операцій на обличчі.
5. Класифікація клаптів на ніжці.
6. Заміщення дефектів ЩЛД клаптями на ніжці.
7. Диспансеризація хворих після відновних операцій в ЩЛД.
8. Деонтологічні аспекти в роботі з хворими, які потребують відновних операцій в ЩЛД.

5.2. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Оволодіти методикою проведення клінічного обстеження пацієнта, який потребує відновного операційного втручання в ЩЛД.
2. Відпрацювати на фантомних моделях техніку заміщення набутих дефектів і деформацій та післяопераційних деформацій клаптями на ніжці.
3. Скласти план комплексного лікування та догляду за хворими в післяопераційному періоді.

6. ЗМІСТ ТЕМИ

Основними технічними принципами виконання місцевопластичних операцій є бездоганна анатомічність, фізіологічність, методичність та делікатність їх проведення. Для цього потрібно дотримуватись певних прийомів:

- розріз тканин проводити однакової глибини з такою силою і тиском, щоб ніж не тягнув за собою шкіру і не рвав підлеглу тканину;
- краї рани потребують особливої делікатності — їх потрібно оберегати від мікротравм гострими інструментами (пінцет, гачок);
- щоб не погіршувати трофіку та запобігти висиханню тканин, обгортати їх вологими серветками з ізотонічним розчином натрію хлориду, а вже пошкоджені і розчавлені тканини обережно відтинати;
- гемостаз у рані проводити ретельно, точно й обережно, оскільки післяопераційні гематоми є досить грізним ускладненням, вогнищем можливого запалення, а після сильної кровотечі в рані необхідно залишити дренаж;
- тканини, які переміщують, мають бути товстими, а в поверхневі шари тканин, бажано, включати шкіру і підшкірну жирову клітковину;
- мобілізувати краї тканин гострими інструментами, від центра до периферії в процесі відсепарування шкіри потрібно залишати більший шар клітковини, щоб забезпечити краще кровопостачання клаптя;
- для покращення мобільності тканин та усунення сильної натягнутості шкіри інколи необхідно проводити додаткові, послаблювальні розтини, але вони можуть погіршувати естетичний результат операції та кровопостачання тканин;
- ушивання рани проводити пошарове, починаючи з глибоких шарів, шви мають лежати в однакових площинах, неприпустимим є їх занадто сильне затягування, оскільки це може спровокувати маргінальний некроз тканин;
- зусилля утримування переміщених у нове місце тканин потрібно накладати на глибокі шви, а не на шви шкіри.

До основних методів пластики місцевими тканинами (шкірою) відносять:

- 1) пластику зустрічними трикутними клаптями шкіри (Z-пластика);
- 2) пластику ротаційними клаптями шкіри;
- 3) пластику клаптем на ніжці.

Пластика зустрічними трикутними клаптями шкіри. Цей метод має також назву Z-пластика, математичне обґрунтування його розробив А.А. Лимберг. Суть методу: він заснований на перерозподілі і частково — на розтягненні та скороченні тканин при викроюванні й переміщенні двох (або більше) зустрічних трикутних клаптів шкіри, які можуть мати різну форму. Переміщення відшарованих від підшкірної фасції Z-кутних клаптів шкіри супроводжується приростом тканин у напрямку середнього розрізу шкіри.

Пластика ротаційними клаптями за Ю.К. Шимановським. Ротаційний клапоть — це такий клапоть, який переміщують до дефекту шляхом обертання (ротації) ніжки клаптя, водночас клапоть сковзає по рановій донорській поверхні.

Пластика клаптем на ніжці є складним видом місцевопластичних операцій. Складність клаптевої реконструкції полягає не тільки в хірургічній техніці, а й у передопераційному плануванні і виборі раціональних способів, тому хірург зобов'язаний оцінити всі можливі методи пластики й урахувати всі наявні фактори. Корисно також мати альтернативні плани у разі непередбачуваних обставин, що виникли в ході операції.

Класифікація. За локалізацією розрізняють клапті: локальні або місцеві (їх формують поблизу дефекту); регіонарні або віддалені (їх формують на віддалі від дефекту).

За видом складових тканин розрізняють такі клапті:

- 1) шкірні клапті (з різних ділянок шкіри біля дефекту);
- 2) м'язові клапті (зі скроневого, жувального м'яза, підшкірного м'яза шиї);
- 3) м'язово-шкірні (головний грудний, трапецеподібний, грудино-ключично-соскоподібний, платизмовий або підшкірний);
- 4) м'язово-слизові і м'язово-кісткові клапті.

Усі ці клапті мають різну товщину, кровообіг, склад тканин, рухомість, розміри і можуть бути використаними з певними показаннями.

Планування пластичних, реконструктивно-відновних операцій вимагає ретельного вивчення кожного клінічного випадку, зокрема, анамнезу появи дефекту-деформації, місцевого та загального статусу, особистості пацієнта тощо.

Усі заходи планування та підготовки пацієнта до лікування поділяють на основні та додаткові. Передусім на основі вивчення та документальної фіксації даних об'єктивного обстеження має бути проведена психологічна підготовка пацієнта до майбутнього лікування, його особливостей та результатів.

За потреби здійснюють цілеспрямовану загальносоматичну підготовку пацієнта. Вона передбачає корекцію таких загальних порушень, які можуть негативно вплинути на проведення оперативного втручання, перебіг після операційного періоду, на період реабілітації.

До них відносять субкомпенсовані захворювання та стани серцево-судинної, нервової, гормональної та інших життєво важливих систем організму. Водночас необхідно провести санацію порожнини рота та ліквідувати в організмі, по можливості, всі вогнища хронічних запальних процесів, частіше — одонтогенні, які можуть активізуватися при проведенні операції та призвести до післяопераційних запальних ускладнень.

Місьцеве планування оперативного втручання передбачає визначення його раціональності та мети, максимально можливу ефективність, мінімальну кількість етапів лікування, мінімальну травматичність та ризик оперативних втручань, мінімальні загальні терміни лікування та мінімальні терміни між хірургічними етапами, порядок проведення оперативних етапів, визначення тканин, які підпадатимуть операції тощо.

Якщо пацієнту необхідно змінити вигляд окремих ділянок свого тіла, наприклад обличчя, то планування бажаного для нього результату здійснюють різними методами. Використовують для цього: 1) фотографії в 3 проекціях;

2) рентгенограми лицевого черепа в бічній проекції — для планування необхідного профілю обличчя; 3) моделі носа та обличчя; 4) муляжів із демонстрацією результатів попереднього планування; 5) комп'ютерне планування бажаного результату (але оперує не комп'ютер, а людина); 6) створення 3-вимірних комп'ютерних зображень на моніторі комп'ютера; 7) створення стереолітографічних моделей можливого результату тощо.

До планування лікування можна залучати фахівців, які мають художню освіту та підготовку — художників, скульпторів. Вони можуть допомогти правильно з точки зору естетики виконати необхідні етапи планування майбутнього результату, зокрема змодельовати внутрішньотканинні вставки із силікону, внутрішньоноскові пластмасові вставки та ін.

Планують також додаткові заходи — необхідні трансплантати, матеріали та додаткове оснащення, яке може знадобитися. До останнього відносять різні шини, фіксатори, протези, вставки, апарати для виконання окремих етапів та компонентів загального лікування. Слід передбачити можливість вживання пацієнтом їжі після операції, зручного положення його тіла, кінцівок на всіх етапах лікування.

Заздалегідь визначають вид знеболювання (місцева, місцева потенційована анестезія, нейролептанальгезія, наркоз) та необхідність застосування медикаментозного лікування до, під час операції та в післяопераційний період.

Ускладнення, які можуть виникнути після проведення пластичних та реконструктивно-відновних операцій, трапляються також і в загальній хірургії, але з різною частотою. Так, нагноєння рани після операції, прорізування швів та розходження країв рани є практично втратою отриманого під час операції первинного результату. Профілактика цього - мінімальна травматизація тканин під час операції, її фізіологічність, ретельна підготовка хворого до операції, дотримання правил асептики й антисептики, проведення антимікробної та протизапальної терапії тощо.

Прорізування швів та розходження країв рани може бути наслідком надмірного збільшення об'єму тканин після їх набряку, внутрішньої гематоми, відсутності адекватного дренирування, передчасного функціонування оперованої ділянки, надто сильного зав'язування швів, тощо.

Розвиток після операції помітних гіпертрофічних або келоїдних рубців на шкірі, які спотворюють вигляд оперованої ділянки. З часом ці рубці можуть стати ширшими, ніж при знятті швів, що може бути зумовлено надто великим натягом тканин, які переміщували в нове положення.

Зміна кольору шкіри в ділянці її відшарування, переміщення або створення нової форми поверхні тіла. На лінії рубця можуть виявляти поперечні сліди від колишніх швів у вигляді «драбини», що значно погіршує його вигляд.

Надмірне видалення жирової тканини, шкіри може спотворити оперовану зону та створити її неприродною, помітною для оточуючих. Гематома в ділянці операції вимагає її термінового усунення — видалення її з тканин (методом пункції, розтину і дренирування, відсмоктування), самовільне розсмоктування, нагноєння, організація та інкапсуляція. У будь-якому разі гематома може призвести до значного напруження тканин та прорізування швів, втрати результатів операції.

Некроз шкіри клаптя, який переміщувався, у ділянці швів або всього клаптя шкіри, випадання волосся біля лінії швів або в зоні відшарування шкіри виникають як наслідок значного натягу шкіри швами за порушення кровообігу в клапті. Профілактика полягає у контролі кольору шкіри під час операції та контролю її натягу.

Неприродна функція або втрата функції переміщених м'язів обличчя зумовлена переміщенням місць фіксації цих м'язів до шкіри обличчя при значному відшаруванні та зміщенні шкіри.

Травмування нервів переважно на обличчі зі зміною їхньої функції (закривання ока, змикання губ, надування щік) є наслідком особливостей анатомічної будови тканин та оболонок нервів, або неухважної роботи лікарів.

Травмування слинних залоз, переважно привушної або піднижньощелепної, може призвести до виникнення слинної нориці та значних проблем з її усунення.

Зміщення введеного в тканини імплантата заздальгідь завданої форми, розсмоктування, рубцювання та зміна форми тканин навколо матеріалів, які ввели в тканини ін'єкційним методом.

Несиметричне виконання операції зліва та справа, що призводить до асиметрії обличчя, тіла людини. Відторгнення, викривлення або розсмоктування введених біологічних трансплантатів зі зміною первинного результату.

Неповне або надмірне, зайве видалення тканин під час виконання операції спричинює асиметрію тіла, обличчя, знижує загальний результат.

Вказані ускладнення не завжди фатальні, часто їх можна усунути повторним оперативним втручанням, але вони дуже негативно впливають на психологічний стан пацієнта та значно ускладнюють його подальші контакти з лікарем.

7. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Визначте правильне розташування шарів епідермісу:

А. Базальний, шиповидний, зернистий, блискучий, роговий;

В. Базальний, блискучий, зернистий, роговий, шиповидний;

Міністерство освіти і науки України
Державний вищий навчальний заклад
«Ужгородський національний університет»
Кафедра хірургічної стоматології та клінічних дисциплін

ЗАТВЕРДЖЕНО
на засіданні кафедри хірургічної стоматології
та клінічних дисциплін
Завідувач кафедри
к. мед. н., доц. Гема-Багіна Н. М.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

Курс V; Факультет Стоматологічний

Навчальна дисципліна: Хірургічна стоматологія

Тема № 5. Пластика м'яких тканин ЩЛД стеблом Філатова.

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ

Питання відновної хірургії при вроджених та набутих дефектах і деформаціях обличчя становлять актуальну і складну проблему щелепно–лицевої хірургії, тому стоматологи повинні орієнтуватись в основних принципах і прийомах планування місцевопластичних операцій, знати показання до застосування різноманітних методик лікування.

Для місцевої пластики при значних дефектах досить часто не вистачає місцевого пластичного матеріалу – шкіри, підшкірної жирової клітковини, м'язів. Революційне вирішення цієї проблеми запропонував В.П. Філатов (1916р.) – переносити з донорської ділянки до потрібного місця додатковий пластичний матеріал у вигляді круглого клаптя, що складається зі шкіри та підшкірної жирової клітковини (філатовське стебло).

2. НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ ЗАНЯТТЯ

➤ *фахові компетентності:*

1. Збирання медичної інформації про стан пацієнта.
2. Оцінювання результатів лабораторних та інструментальних досліджень.
3. Встановлення клінічного діагнозу стоматологічного захворювання.
4. Планування та проведення заходів профілактики стоматологічних захворювань.
5. Визначення характеру та принципів лікування стоматологічних захворювань.
6. Визначення необхідного режиму праці та відпочинку, дієти при лікуванні стоматологічних захворювань.
7. Визначення тактики ведення стоматологічного хворого при соматичній патології.
8. Виконання медичних та стоматологічних маніпуляцій.
9. Проведення лікування основних стоматологічних захворювань.
10. Організація та проведення стоматологічної диспансеризації осіб, що підлягають диспансерному нагляду.
11. Оцінювання впливу навколишнього середовища на стан здоров'я населення (індивідуальне, сімейне, популяційне).
12. Ведення медичної документації.
13. Опрацювання державної, соціальної та медичної інформації.

➤ *загальні компетентності:*

1. Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу; здатність вчитися і бути сучасно навченим.
2. Знання та розуміння предметної області та розуміння професії.
3. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.
4. Здатність спілкуватися державною мовою як усно, так і письмово; здатність спілкуватися другою мовою.
5. Навички використання інформаційних і комунікаційних технологій.
6. Здатність до пошуку, опрацювання та аналізу інформації з різних джерел.
7. Здатність до адаптації та дії в новій ситуації; здатність працювати автономно.
8. Вміння виявляти, ставити та вирішувати проблеми.
9. Здатність до вибору стратегії спілкування.
10. Здатність працювати в команді.
11. Навички міжособистісної взаємодії.
12. Здатність діяти на основі етичних міркувань (мотивів).
13. Навики здійснення безпечної діяльності.
14. Здатність оцінювати та забезпечувати якість виконуваних робіт.
15. Здатність діяти соціально відповідально та громадянсько свідомо.

3. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ

1. Знати цілі і завдання відновної хірургії щелепно-лицевої ділянки.
2. Знати методику обстеження пацієнтів, які потребують відновних операційних втручань в ЩЛД.

3. Класифікувати дефекти та деформації щелепно-лицевої ділянки згідно етіології, патогенезу, локалізації та характеру порушень функцій.
4. Знати основні покази та протипокази до закриття дефектів обличчя філатовським стеблом.
5. Знати вимоги до шкіри, де планують сформувати стебло і в ділянці дефекту тканин обличчя.
6. Знати методи заготовки стебла, основні етапи операції формування стебла.
7. Знати основні прийоми підготовки (тренування) стебла до міграції.
8. Знати правила розпластування стебла на рані-реципієнті.
9. Знати особливості догляду за хворими після пластичних операцій.
10. Знати диспансеризацію хворих після відновних операцій в ЩЛД.
11. Знати деонтологічні аспекти в роботі з хворими, які потребують відновних операцій в ЩЛД.
12. Вміти проводити клінічне обстеження пацієнта, який потребує відновного операційного втручання в ЩЛД. Відпрацювати на фантомі техніку формування, тренування, міграції та пластики дефекту за допомогою філатовського стебла. Вміти скласти план комплексного лікування та догляду за хворими в післяопераційному періоді.

4. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція)

Дисципліни	Студент повинен знати	Студент повинен вміти
Попередні:		
Анатомія Гістологія	Знати анатоμο-гістологічну будову шкіри та підшкірної клітковини, їх васкуляризацію та іннервацію. Знати особливості відтоку лімфи та функціональні властивості шкіри.	Вміти пояснити анатомічну будову ЩЛД та органів порожнини рота. Вміти пояснити особливості відтоку лімфи та функціональні властивості шкіри.
Топографічна анатомія	Знати топографію анатомічних утворень щелепно-лицевої ділянки.	Вміти пояснити локалізацію дефекту щелепно-лицевої ділянки, визначати вид та об'єм втрачених тканин.
Фармакологія	Знати фармакологічні властивості препаратів, що призначаються хворим при пластичному закритті дефектів ЩЛД.	Вміти призначити препарати різних фармакологічних груп хворим при пластичному закритті дефектів ЩЛД.
Внутрішньопредметна інтеграція:		
Тема 1 («Пропагандистика хірургічної стоматології»): Методика обстеження порожнини рота, щелеп, обличчя та шиї.	Знати методику проведення обстеження пацієнта із хірургічними захворюваннями щелепно-лицевої ділянки.	Вміти провести суб'єктивне та об'єктивне обстеження хворого, призначити додаткові методи обстеження, заповнити відповідну медичну документацію.
Тема 2 («Пропагандистика хірургічної стоматології»):... Асептика та антисептика	Знати правила асептики та антисептики при проведенні оперативних втручань в ЩЛД.	Вміти проводити асептичну обробку рук хірурга та операційного поля під час операцій в ЩЛД.
Тема 3 («Пропагандистика хірургічної стоматології»): ... Загальне знеболення. Місцеве знеболення.	Знати специфіку проведення, показання та протипоказання до загального знеболення в стоматології. Знати методику проведення місцевого знеболення при	Вміти правильно обирати оптимальний вид знеболення при проведенні пластичних операцій в ЩЛД. Вміти проводити місцеве знеболення при оперативних

	оперативних втручаннях в	втручаннях в ЩЛД.
Тема 13 («Травматологія ЩЛД»): Термічні ушкодження обличчя... Можливості пластичної хірургії при термічних ушкодженнях обличчя.	Знати основні клінічні прояви та принципи діагностики та лікування термічних ушкоджень обличчя.	Вміти надавати невідкладну допомогу при термічних ушкодженнях ЩЛД, визначати площу уражених тканин, проводити ПХО опікових ран.

5. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ

5.1. Теоретичні питання до заняття:

1. Цілі і завдання відновної хірургії щелепно-лицевої ділянки.
2. Обстеження пацієнтів, які потребують відновних операційних втручань в ЩЛД.
3. Класифікація дефектів та деформацій щелепно-лицевої ділянки згідно етіології, патогенезу, локалізації та характеру порушень функцій.
4. Основні покази та протипокази до закриття дефектів обличчя філатовським стеблом.
5. Вимоги до шкіри, де планують сформувати стебло і в ділянці дефекту тканин обличчя.
6. Методи заготовки стебла, основні етапи операції формування стебла.
7. Основні прийоми підготовки (тренування) стебла до міграції.
8. Правила розпластування стебла на рані-реципієнті.
9. Особливості догляду за хворими після пластичних операцій.
10. Диспансеризація хворих після відновних операцій в ЩЛД.
11. Деонтологічні аспекти в роботі з хворими, які потребують відновних операцій в ЩЛД.

5.2. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Оволодіти методикою проведення клінічного обстеження пацієнта, який потребує відновного операційного втручання в ЩЛД.
2. Відпрацювати на фантомі техніку формування, тренування, міграції та пластики дефекту за допомогою філатовського стебла.
3. Скласти план комплексного лікування та догляду за хворими в післяопераційному періоді.

6. ЗМІСТ ТЕМИ

Для місцевої пластики м'якими тканинами при обширних дефектах та деформаціях досить часто не вистачає місцевого пластичного матеріалу — шкіри, підшкірної жирової клітковини, м'язів. Ось чому нагальне питання пластичної хірургії — забезпеченню зони пластики потрібного кількості пластичного матеріалу з необхідними властивостями для відтворення втрачених анатомічних структур.

Револьюційне рішення зазначеного питання запропонував у 1916 р. В.П. Філатов — переносити з донорської ділянки до потрібного місця додатковий пластичний матеріал, тобто м'які тканини у вигляді круглого клаптя, який складається зі шкіри та підшкірної жирової клітковини. Згодом цей клапоть отримав назву стебло Філатова.

Суть методу полягає в заготовленні потрібного об'єму пластичного матеріалу у віддаленій від зони пластики ділянці, перенесенні матеріалу в зону пластики та використанні за призначенням. Перенесення пластичного матеріалу до місця його використання проводять або відразу при формуванні клаптя, або почергово (метод «гусеничного кроку»), або за допомогою рухомої частини тіла, частіше, руки.

Як донорську ділянку можуть використовувати або прилеглі до зон пластики ділянки, або віддалені від неї. Хірургічне лікування передбачає виконання низки послідовних етапів: заготовлення стебла, перенесення його в ділянку операції, пластичне усунення дефекту, деформації.

Показання до використання стебла Філатова з метою усунення дефектів та деформацій щелепно-лицевої ділянки: не наскрізні та наскрізні дефекти м'яких тканин обличчя, зокрема тотальний та субтотальний дефект щік; повні та ізольовані дефекти губ; ізольовані дефекти підборіддя, дна порожнини рота та нижньої щелепи; повні дефекти носа, вушних раковин; атрофія обличчя; субтотальні та тотальні дефекти язика, піднебіння тощо.

Місце утворення стебла Філатова. Заготовляють стебло на тих ділянках тіла людини, де є достатньо запасів шкіри та клітковини й шкіра схожа за основними характеристиками до тієї ділянки, де належить провести пластичне відновлення тканин. Для використання стебла в щелепно-лицевій ділянці частіше заготовляють їх на шиї, передній черевній стінці, на грудях, спині пацієнта тощо.

Класична схема етапів пластики за допомогою стебла Філатова, який був заготовлений, наприклад, на передній черевній стінці, передбачає таке: 1-й етап — формування стебла; 2-й етап (через 3—4 тиж.) — пересадження однієї ніжки стебла на рухому частину тіла пацієнта; 3-й етап (через 2—3 тиж.) — пересадження другої ніжки стебла до краю дефекта; 4-й етап (через 3—4 тиж.) — звільнення рухомої частини тіла, первинне розпластання стебла та заміщення дефекта або пересадження і другої ніжки до краю дефекта; 5-й етап — первинне розпластання стебла або коригуючі операції.

Методи заготування стебла Філатова численні. Класичний метод передбачає викроювання двома паралельними розрізами та відсепарування від підлеглих тканин смужки із шкіри та підшкірної жирової клітковини, згортання шкірної смужки в трубку, ушивання рани донорської поверхні та шкіри клаптя.

Класична методика В.П. Філатова є найпростішою з відомих, але при її виконанні збігаються лінії швів на донорській поверхні та на стеблі, при клаптях великих розмірів виникає досить великий натяг шкіри та м'яких тканин у ділянці ніжок круглого стебла, що часто призводить до різних ускладнень. Крім того, вона не завжди забезпечує формування клаптів потрібних великих розмірів.

Зазначені недоліки зумовили пошук нових методик формування стебла Філатова. Головна мета більшості з цих методів. — зменшити натяг тканин у ділянці його ніжок та розвести в площині шви на клапті та на донорській шкірі, мінімально порушуючи при цьому місцеву судинну сітку й кровопостачання клаптя, формування стебла великих розмірів тощо. Але одночасно виконати ці умови досить важко.

Найбільше поширення отримали методи формування ніжок стебла А.А. Лімберга, М.І. Шефтеля, великих клаптів — Ю.Й. Бернадського, його одно- або двоетапна методики тощо.

Після формування стебла, якщо він був правильно розрахований і створений, тканини стебла вижили і не загинули, починається перебудова всіх його компонентів. Насамперед перебудовується судинна та нервова системи стебла.

Кровообіг стебла. У перші 4—5 діб кровопостачання стебла судинами його ніжок зменшене, через 8 діб виникає густа атипова артеріальна сітка, через 18 діб — відбувається формування вираженої артеріальної, венозної та лімфатичної сітки судин. Це I стадія реактивних змін, вона триває 8—30 діб від дня формування клаптя. II стадія — компенсація кровопостачання, триває від 1 до 8—10 міс. з дня операції, III стадія — обмеженого кровопостачання, коли кровообіг у клапті поступово зменшується.

З метою прискорення нормалізації кровообігу в клапті здійснюють тренування його судин фізичними (гіпотермія, здавлювання) або хімічними, медикаментозними методами. Тренування гіпотермією: після загоєння стебла на 10—16 хв за 1 год на його неживлячу ніжку (яку будуть пересікати та переміщувати) прикладають протягом 5—7 діб джерело пониженої температури ($t = 10—14^{\circ}$). З 10—14-ої доби починають проводити теплові процедури, що сприяє розвитку кровообігу в стеблі. Механічне тренування ніжок стебла передбачає накладання джгута або затискача на неживлячу ніжку на термін спочатку 30 хв, потім — на 1 год, на 1,5 год — до охолодження стебла.

Якщо через 1,5 год після перетискання клаптя при проколі шкіри стебла з місця проколу йде кров, а шкіра стебла не стала блідою або синюшною, температура шкіри стебла не надто зменшилася, то за таких умов стебло вважають готовим до подальшої пластики. Медикаментозне тренування передбачає введення в тканини ніжки стебла судинозвужувальних препаратів, що є не завжди можливим та бажаним.

Первинне розпластання стебла Філатова може бути виконане різними методами, що залежить від виду, розміру та локалізації дефекту або деформації, стану наявних тканин, інших чинників. Наприклад, при наскрізних дефектах щік, губ, носа потрібно створити дуплікатуру тканин для заміщення дефекту, а при ненаскрізних — виконати розпластування стебла без такої дуплікатури.

При ізольованих дефектах підборіддя, носа, підборіддя, вушних раковин, коли є підлеглі м'які тканини, можна обмежитися лише первинним розпластуванням стебла та корегуючими операціями

Фіксація рухомої частини тіла (руки) до обличчя (голови) на період загоєння рани і формування судинної сітки є складним завданням - рука хворого має 1—1,5 міс. перебувати у нефізіологічному, незвичному положенні, що дуже важко для пацієнта і становить значний ризик відриву пришитого на обличчі стебла від сприймаючої ділянки. Для тривалого утримання руки в необхідному положенні існують різні методи — марлеві і тканинні пов'язки, гіпсові та металеві лангети, шини, розпірки-упори в груди або живіт тощо.

Фіксувальні пов'язки при перенесенні стебла Філатова через руку на обличчя:

- фіксація пальців бинтом;
- пов'язка для ліктя і кисті руки з опорою на шию;
- пов'язка з опорою на голову;
- підтримка ліктя з опорою на шию.

Правильне ведення післяопераційного періоду в пластичній хірургії є дуже важливим компонентом лікування для одержання потрібного кінцевого результату. Воно мало чим відрізняється від відомих правил загальної хірургії, а саме збереження життя і здоров'я людини має деякі особливості, враховуючи важливість саме естетичності вигляду оперованої ділянки.

Перебіг післяопераційного періоду залежить від виду, складності, травматичності оперативного втручання, виду знеболювання, загального стану здоров'я пацієнта тощо.

У більшості випадків, які підпадають правилам планової хірургії, оперувати необхідно, застосовуючи медикаментозну седативну підготовку пацієнта (пре- та постмедикацію), що дозволить не лише отримати ефективніше знеболювання під час операції, а й зменшення больових відчуттів у післяопераційний період.

При виконанні складних, тривалих оперативних втручань доцільно призначати антимікробну та протизапальну терапію (як правило, антибіотикотерапію) до та після оперативного втручання, яка може не лише запобігти розвитку запальних ускладнень, а й полегшити їх перебіг у разі виникнення.

Відразу після закінчення операції необхідно забезпечити зручне положення для пацієнта, нормальні умови дихання та місцевий спокій оперованої ділянки, що є головними умовами безпечного перебігу загоєння рани. По-друге, потрібно контролювати та корегувати стан місцевого кровообігу і гемодинаміки організму пацієнта, життєздатність пересаджених або переміщених клаптів тканин.

При будь-якій реконструктивно-відновлювній операції необхідно відновлювати, по можливості:

- 1) усі втрачені, деформовані або спровоковані анатомічні структури тканинами аналогічної анатомічної будови та аналогічного функціонального призначення;
- 2) усі фізіологічні функції в зоні операції;
- 3) зовнішній естетичний вигляд тканин у ділянці втручання.

Після закінчення післяопераційного періоду пацієнти потребують реабілітації функціональної (відновлення в повній мірі функцій оперованої ділянки) та соціальної. Крім цього, необхідно контролювати та корегувати психічний стан пацієнта до операції і після її проведення методами психології, оскільки без цього лікування та його результат не буде повноцінним.

7. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Через який термін після формування стебла доцільно проводити міграцію клаптя?

- A. Через 1-2 тижні;
- B. Через 2-3 тижні;
- C. Через 30-45 днів;
- D. Через 3-4 місяці;

2. В якій ділянці філатовського стебла утворюються перші вогнища некрозу при неправильному його формуванні?

- A. В центрі стебла;
- B. В ділянці ніжок;
- C. По краях стебла.
- D. В центрі та по периферії.
- E. На всьому протязі стебла.

3. Визначте правильне розташування шарів епідермісу:

- A. Базальний, шиповидний, зернистий, блискучий, роговий;
- B. Базальний, блискучий, зернистий, роговий, шиповидний;
- C. Блискучий, базальний, зернистий, шиповидний, роговий;
- D. Зернистий, блискучий, шиповидний, базальний, роговий;
- E. Роговий, шиповидний, базальний, зернистий, блискучий.

4. На якій ділянці тіла не можна формувати стеблеподібний клапоть?

- A. На стопі.
- B. На шиї.
- C. На передньо - бічній поверхні живота.
- D. На передньо - бічній поверхні грудей.
- E. На спині.

8. ЛІТЕРАТУРА

Основна література:

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; у 2т. – Т. 1 / В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін. – К.: ЛОГОС, 2011. – 669 с.
2. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; у 2т. – Т. 2 / В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін. – К.: ЛОГОС, 2011. – 606 с.
3. Тимофеев А. А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А. А. Тимофеев. – Київ: «Червона Рута-Турс», 2002. – 1024 с.

Додаткова література:

1. Бернадський Ю.Й. Основи щелепно-лицевої хірургії і хірургічної стоматології: навчальний посібник / Ю.Й. Бернадський. – Київ: «Спалах». – 2003. – 512 с
2. Методичні рекомендації для підготовки до складання ліцензійних інтегрованих іспитів "Крок1", "Крок2", "Крок3" / Б. С. Зіменковський, М. Р. Гжегоцький, І. І. Солонинко, Р. З. Огоновський, Р. Б. Лесик, Ю. Я. Кривко, Б. В. Дибас Львів: Друкарня ЛНМУ ім. Данила Галицького, 2013. - 96 с.

Міністерство освіти і науки України
Державний вищий навчальний заклад
«Ужгородський національний університет»
Кафедра хірургічної стоматології та клінічних дисциплін

ЗАТВЕРДЖЕНО
на засіданні кафедри хірургічної стоматології
та клінічних дисциплін
Завідувач кафедри
к. мед. н., доц. Гема-Багіна Н. М.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

Курс V; Факультет Стоматологічний

Навчальна дисципліна: Хірургічна стоматологія

Тема № 6. Пластика м'яких тканин ЩЛД вільними шкірними клаптями

Ужгород – 2022

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ

Значне зростання кількості хворих із вродженими та набутими дефектами шкіри щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД), що потребують корекції зовнішності, обумовлює активний розвиток реконструктивно-відновної хірургії. Для стимулювання загоєння рани, пластичного закриття дефектів шкіри використовується пластика м'яких тканин ЩЛД вільними шкірними клаптями. Вільна пластика виконується з повним відділенням тканин від материнського місця і тому вимагає ретельного планування й дотримання правил проведення операцій з трансплантації. Правильний вибір виду трансплантата з урахуванням біологічного обґрунтування і анатомофізіологічних особливостей щелепно-лицевої ділянки є важливим питанням у реконструктивно-відновній хірургії. Таким чином, вивчення студентами даної тематики є актуальним і своєчасним.

2. НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ ЗАНЯТТЯ

➤ *фахові компетентності:*

1. Збирання медичної інформації про стан пацієнта.
2. Оцінювання результатів лабораторних та інструментальних досліджень.
3. Встановлення клінічного діагнозу стоматологічного захворювання.
4. Діагностування невідкладних станів.
5. Визначення характеру та принципів лікування стоматологічних захворювань.
6. Визначення необхідного режиму праці та відпочинку, дієти при лікуванні стоматологічних 7. захворювань.
8. Визначення тактики ведення стоматологічного хворого при соматичній патології.
9. Виконання медичних та стоматологічних маніпуляцій.
10. Проведення лікування основних стоматологічних захворювань.
11. Організація проведення лікувально-евакуаційних заходів.
12. Визначення тактики та надання екстреної медичної допомоги.
13. Ведення медичної документації.
14. Опрацювання державної, соціальної та медичної інформації.

➤ *загальні компетентності:*

1. Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу; здатність вчитися і бути сучасно навченим.
2. Знання та розуміння предметної області та розуміння професії.
3. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.
4. Здатність спілкуватися державною мовою як усно, так і письмово; здатність спілкуватися другою мовою.
5. Навички використання інформаційних і комунікаційних технологій.
6. Здатність до пошуку, опрацювання та аналізу інформації з різних джерел.
7. Здатність до адаптації та дії в новій ситуації; здатність працювати автономно.
8. Вміння виявляти, ставити та вирішувати проблеми.
9. Здатність до вибору стратегії спілкування.
10. Здатність працювати в команді.
11. Навички міжособистісної взаємодії.
12. Здатність діяти на основі етичних міркувань (мотивів).
13. Навики здійснення безпечної діяльності.
14. Здатність оцінювати та забезпечувати якість виконуваних робіт.
15. Здатність діяти соціально відповідально та громадянсько свідомо.

3. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ

1. Тракувати показання та протипоказання до вільного пересадження шкіри на обличчі.
2. Пояснювати позитивні та негативні сторони пластичних операцій за допомогою вільного пересадження клаптів шкіри.
3. Класифікувати види вільних шкірних трансплантантів.

4. Розвивати здатність аналітичного мислення в процесі вибору трансплантата для проведення вільної шкірної пластики у конкретних клінічних випадках.
5. Малювати схему обстеження і передопераційної підготовки пацієнта з дефектами шкіри щелепно-лицевої ділянки для проведення пластики м'яких тканин ЩЛД вільними шкірними клаптями.
6. Скласти план операції пластики м'яких тканин ЩЛД вільними шкірними клаптями.
7. Аналізувати можливість виникнення ускладнень у післяопераційному періоді.

4. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція)

Дисципліни	Знати	Вміти
Попередні:		
Анатомія Гістологія	Знати анатоμο-фізіологічні особливості щелепно-лицевої ділянки. Знати фізіологічні особливості центральної та периферичної нервової системи; будову та функцію черепно-мозкових нервів.	Вміти пояснити будову органів та систем щелепно-лицевої ділянки. Вміти пояснити особливості центральної та периферичної нервової системи; будову та функцію черепно-мозкових нервів.
Топографічна анатомія	Знати топографію органів щелепно-лицевої ділянки. Знати топографію кісток основи черепа, лицевого скелета, черепно-мозкових нервів.	Вміти пояснити топографію органів щелепно-лицевої ділянки. Вміти пояснити топографію кісток основи черепа, лицевого скелета, черепно-мозкових нервів.
Фармакологія	Знати фармакологічні особливості препаратів, що впливають на центральні та периферійні ланки фізіології нервової системи: анестетики, засоби для місцевого потенційованого знеболення, наркотичні та ненаркотичні анальгетики, нейролептики, транквілізатори, седативні та снодійні препарати. Знати фармакологічні особливості препаратів, що застосовуються для невідкладної допомоги.	Вміти охарактеризувати препарати різних фармакологічних груп: анестетиків, наркотичних та ненаркотичних анальгетиків, нейролептиків, транквілізаторів, седативних та снодійних препаратів; дезінфекційних, асептичних та антисептичних засобів. Вміти охарактеризувати препарати, що застосовуються для надання невідкладної допомоги.
Невідкладні стани Внутрішні хвороби	Знати етіологію та патогенез непритомності, колапсу, анафілактичного шоку, гострих інтоксикацій та ін., як ускладнень ін'єкційного знечулення, принципи реанімаційних заходів та надання невідкладної допомоги.	Вміти надавати невідкладну допомогу при непритомності, колапсі, анафілактичному шоці, гострих інтоксикаціях та інших станах, які становлять загрозу життю хворого.
Мікробіологія	Знати видову ідентифікацію мікроорганізмів ротової	Вміти охарактеризувати особливості мікрофлори

Вірусологія	порожнини; поняття умовно-патогенні та патогенні мікроорганізми, їх роль. Знати можливі шляхи передачі інфекції.	ротової порожнини. Пояснити можливі шляхи передачі інфекції. Вміти пояснити суть бактеріологічного дослідження.
-------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

5. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ

5.1. Теоретичні питання до заняття:

1. Види вільних шкірних трансплантатів.
2. Величина скорочення вільних шкірних клаптів.
3. Показання до вільного пересадження шкіри на обличчі.
4. Етапи проведення вільної пересадки шкіри.
5. Загальні правила пересадження вільних клаптів шкіри.
6. Ускладнення і небезпеки післяопераційного періоду.
7. Планування та техніка виконання операцій при використанні тонких, середніх і товстих розщеплених шкірних клаптів та при пересадженні шкіри на всю товщину.
8. Умови, необхідні для успішного проведення вільного пересадження шкірних клаптів.
9. Періоди перебудови у вільно пересадженому шкірному автотрансплантаті.

5.2. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Провести курацію хворого з дефектом м'яких тканин ЩЛД, який потребує пластичної операції.
2. Скласти схему обстеження хворого, обґрунтувати діагноз та скласти план виконання пластичної операції м'яких тканин ЩЛД вільними шкірними клаптями.
3. Підготувати набір інструментів для пластичної операції вільними шкірними клаптями конкретному хворому.
4. Виконати забір повношарового і розщепленого шкірного трансплантата.
5. Продемонструвати техніку та послідовність проведення пластики м'яких тканин ЩЛД вільними шкірними клаптями.

6. ЗМІСТ ТЕМИ

Товщина шкіри щелепно-лицевої ділянки в середньому дорівнює 1 мм, але на різних ділянках обличчя й шиї вона варіює. Товщина шкіри залежить від віку, статі, а також індивідуальних особливостей організму (місцевості проживання, умов роботи й т.п.). Оптимальними донорськими місцями для пересадження шкіри на обличчя є заушна ділянка, внутрішня поверхня плеча й стегон. Залежно від товщини взятої шкіри, застосовуються шкірні клапті наступних видів: розщеплені (тонкі, середні, товсті) і повношарові клапті на всю товщу. Товщина тонкого розщепленого трансплантату шкіри - 0,2-0,3 мм (Яценко-Тірш), середнього - 0,5-0,6 мм (Блейр Браун), товстого - 0,6-0,8 мм (Педжет), шкіра у всю товщу (без пухкої клітковини) – 0,9-1,2 мм, шкіра у всю товщу з пухкою клітковиною (Наумов) – понад 1,2 мм. Різну величину розщепленого шкірного трансплантата можна одержати за допомогою дерматома, що був уперше запропонований E.G. Padgett в 1939 році.

Показання до вільного пересадження шкіри на обличчі: - закриття свіжих та гранулюючих ран, які утворюються після видалення великих капілярних гемангіом, пігментних невусів, злоякісних пухлин, які неможливо закрити місцевими тканинами; - повна або часткова атрофія альвеолярного відростка щелеп і необхідність поглиблення присінку порожнини рота для забезпечення кращої фіксації знімного протезу; - наявність великих рубців між боковою поверхнею язика, дном порожнини рота і внутрішньою поверхнею нижньої щелепи; - заміщення дефектів і усунення рубцевих деформацій слизових оболонок порожнини рота й носа після операційної й невогнепальної травми, опіків, запальних процесів, контрактур; - великі рани в порожнині рота після резекції верхньої щелепи, з метою утворення ложа для очного

протеза; - епітелізація ран при дефектах крила носа; - після видалення келоїдних рубців, при рубцевих деформаціях і виворотах повік та губ; - при пластиці СНЩС.

Пересажені шкірні клапті завжди піддаються скороченню, що викликає вторинні деформації. Донорські рани закривають шаром сухої марлі, фібринною плівкою й не перев'язують до повного її загоєння під пов'язкою. Види сприймаючого тканинного ложа: - ранова поверхня м'яких тканин без ознак запалення та грануляцій; - гранулююча ранова поверхня; - кістка і хрящ покриті окістям. Підготовка сприймаючого тканинного ложа: свіжу зроблену ранову поверхню додатково не обробляють; наявні грануляції промивають і висушують; готують пристрій, що фіксує і тисне на пересаженний клапоть шкіри.

Для вимірювання дефектів шкіри потрібно: обкреслити межі дефекту шкіри, слизової оболонки; перенести ці розміри на прозору плівку, а з неї – на донорське місце; збільшити розміри клаптя.

Фіксація клаптя на реципієнтній зоні на обличчі: - вільне накладання; з тиснутою пов'язкою і дренажем; - фіксуєчими апаратами при відкритому роті; - фіксація на жорстких або напівжорстких фіксаторах; - приклеювання клаптів креолом.

Тонкі розщеплені шкірні клапті (за Тіршем) складаються: з епідермісу й сосочкового шарів дерми. Знаходять широке застосування для заміщення дефектів слизових оболонок порожнини рота й носа, очної ямки. Негативною стороною є те, що згодом ці клапті мають тенденцію до зморщування, що відбувається в результаті рубцювання тканини, яка перебуває під клаптем.

Середні й товсті розщеплені шкірні клапті застосовуються для заміщення дефектів слизових оболонок порожнини рота й носа, шкірного покриву повік, при скальпованих ранах, а також для тимчасового закриття великих інфікованих ран у важкохворих або при наявності ран, що гранулюють (на обличчі, голові й шиї). Пересадки шкіри на всю товщу найбільш повноцінно заміщають відсутній шкірний покрив. Недоліком методу є те, що рана на донорській ділянці після висічення шматка самостійно не епітелізується і повинна бути зашита.

Умови необхідні для успішного проведення пересадження вільних клаптів шкіри: - асептичність місця проведення пластики й донорської ділянки; - ретельна підготовка сприймаючого ложа; - видалення з клаптя підшкірної жирової клітковини; - правильне формування шкірного клаптя; - враховування росту волосся на шкірі як донорського так і сприймаючого ложа; - використання тонких клаптів там, де на них не буде значного функціонального тиску, а товстих - там, де буде на них функціональний тиск; - правильне розміщення шкірного клаптя на сприймаючому ложі; - забезпечення спокою й щільного зіткнення шкірного трансплантата з рановою поверхнею сприймаючого ложа протягом 10-14 діб.

У вільно пересаженому шкірному автотрансплантаті відбуваються процеси перебудови, у яких можна виділити три періоди: адаптація до нових умов існування, регенерація й стабілізація. Тонкі шкірні клапті приживаються краще, ніж товсті, менше скорочуються, при їх пересадженні рідше спостерігаються ускладнення. Крім того, тонкий клапоть забезпечує гарні функціональні результати: відновлення рухливості язика, губ, вільне відкривання рота, носове дихання (при пересадженні з приводу атрезій носа).

7. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Якою має бути товщина епідермального вільного шкірного клаптя за методом Яценко-Тірш?

- A. 0,2-0,4 мм
- B. 0,5-0,6 мм
- C. 0,6-0,7 мм
- D. 0,7-0,9 мм
- E. 0,9-1,0 мм

2. Хворому планується пластика ділянки щоки вільним шкірним клаптем, взятим з власних тканин. Який вид трансплантації планується застосувати у хворого?

- A. Ксенотрансплантацію
- B. Ізотрансплантацію
- C. Алотрансплантацію
- D. Автотрансплантацію

Е. Експлантацію

3. Хворому, 43 років, проведено пластику м'яких тканин ЩЛД вільними шкірними клаптями. Які призначення є доцільними в післяопераційний період?

- А. Фізіотерапевтичні методи лікування з 2-3 дня після операції
- В. Щоденні перев'язки та огляд операційної рани
- С. Спокій рани на 10-14 діб, перша заміна пов'язки на 5-6 день після операції
- Д. Призначення місцевих протизапальних та протинабряжкових препаратів у перші дні після операції.

4. Який із клаптів, що використовується для вільного пересадження шкіри ЩЛД, найбільш чутливий до несприятливих умов, які можуть виникнути при його пересаджуванні?

- А. Тонкий розщеплений клапоть
- В. Повношаровий клапоть
- С. Середній розщеплений клапоть
- Д. Товстий розщеплений клапоть
- Е. Острівці шкіри

5. У хворого 2 тижні тому була розкрита флегмона очної ямки в ділянці верхньої і нижньої повіки. У даний час в нього некроз шкірних покривів параорбітальної ділянки, виникла велика гранулююча рана цієї ділянки. Який метод закриття даної гранулюючої рани?

- А. Шляхом формування круглого стебла
- В. Шляхом проведення місцевопластичних операцій (клаптем на ніжці)
- С. За рахунок вільного пересадження повношарового клаптя
- Д. За рахунок вільного пересадження тонкого розщепленого клаптя
- Е. За рахунок вільного пересадження середнього або товстого розщепленого клаптя

8. ЛІТЕРАТУРА

Основна література:

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; у 2т. – Т. 1 / В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін. – К.: ЛОГОС, 2011. – 669 с.
2. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; у 2т. – Т. 2 / В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін. – К.: ЛОГОС, 2011. – 606 с.
3. Тимофеев А. А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А. А. Тимофеев. – Київ: «Червона Рута-Турс», 2002. – 1024 с.

Додаткова література:

1. Бернадський Ю.Й. Основи щелепно-лицевої хірургії і хірургічної стоматології: навчальний посібник / Ю.Й. Бернадський. – Київ: «Спалах». – 2003. – 512 с
2. Методичні рекомендації для підготовки до складання ліцензійних інтегрованих іспитів "Крок1", "Крок2", "Крок3" / Б. С. Зіменковський, М. Р. Гжегоцький, І. І. Солонинко, Р. З. Огоновський, Р. Б. Лесик, Ю. Я. Кривко, Б. В. Дибас Львів: Друкарня ЛНМУ ім. Данила Галицького, 2013. - 96 с.

Міністерство освіти і науки України
Державний вищий навчальний заклад
«Ужгородський національний університет»
Кафедра хірургічної стоматології та клінічних дисциплін

ЗАТВЕРДЖЕНО
на засіданні кафедри хірургічної стоматології
та клінічних дисциплін
Завідувач кафедри
к. мед. н., доц. Гема-Багіна Н. М.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

Курс V; Факультет Стоматологічний

Навчальна дисципліна: Хірургічна стоматологія

Тема № 7. Пластичне усунення нориць слинних залоз

Ужгород – 2022

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ

Слинні нориці – це патологічні ходи, що з'єднують протоки слинних залоз з поверхнею обличчя або порожниною рота і зумовлюють вихід слини із залози неприродним шляхом. Слинні нориці бувають вроджені і набуті, які виникають при пораненнях паренхіми залоз та проток (побутове, вогнепальне, післяопераційне), або як результат гострих чи хронічних запальних процесів у слинних залозах або в тканинах навколо них.

2. НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ ЗАНЯТТЯ

➤ фахові компетентності:

1. Збирання медичної інформації про стан пацієнта.
2. Оцінювання результатів лабораторних та інструментальних досліджень.
3. Встановлення клінічного діагнозу стоматологічного захворювання.
4. Діагностування невідкладних станів.
5. Визначення характеру та принципів лікування стоматологічних захворювань.
6. Визначення необхідного режиму праці та відпочинку, дієти при лікуванні стоматологічних 7. захворювань.
8. Визначення тактики ведення стоматологічного хворого при соматичній патології.
9. Виконання медичних та стоматологічних маніпуляцій.
10. Проведення лікування основних стоматологічних захворювань.
11. Організація проведення лікувально-евакуаційних заходів.
12. Визначення тактики та надання екстреної медичної допомоги.
13. Ведення медичної документації.
14. Опрацювання державної, соціальної та медичної інформації.

➤ загальні компетентності:

1. Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу; здатність вчитися і бути сучасно навченим.
2. Знання та розуміння предметної області та розуміння професії.
3. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.
4. Здатність спілкуватися державною мовою як усно, так і письмово; здатність спілкуватись другою мовою.
5. Навички використання інформаційних і комунікаційних технологій.
6. Здатність до пошуку, опрацювання та аналізу інформації з різних джерел.
7. Здатність до адаптації та дії в новій ситуації; здатність працювати автономно.
8. Вміння виявляти, ставити та вирішувати проблеми.
9. Здатність до вибору стратегії спілкування.
10. Здатність працювати в команді.
11. Навички міжособистісної взаємодії.
12. Здатність діяти на основі етичних міркувань (мотивів).
13. Навики здійснення безпечної діяльності.
14. Здатність оцінювати та забезпечувати якість виконуваних робіт.
15. Здатність діяти соціально відповідально та громадянсько свідомо.

3. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ

1. Класифікувати нориці слинних залоз.
2. Аналізувати причини виникнення нориць слинних залоз.
3. Оволодіти методикою обстеження хворого зі слинною норицею.
4. Характеризувати клінічну картину нориць слинних залоз.
5. Уміти проводити діагностику слинних нориць.
6. Засвоїти методику закриття слинної нориці способами С.А. Бутова, К.П. Сапожкова, А.А. Лімберга.
7. Засвоїти методику пластики головного протоку біля вушної залози методами А.А. Лімберга і Г.А. Васильєва.

4. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція)

Дисципліни	Знати	Вміти
Попередні:		
Анатомія Гістологія	Знати анатоμο-фізіологічні особливості щелепно-лицевої ділянки. Знати фізіологічні особливості центральної та периферичної нервової системи; будову та функцію черепно-мозкових нервів.	Вміти пояснити будову органів та систем щелепно-лицевої ділянки. Вміти пояснити особливості центральної та периферичної нервової системи; будову та функцію черепно-мозкових нервів.
Топографічна анатомія	Знати топографію органів щелепно-лицевої ділянки. Знати топографію кісток основи черепа, лицевого скелета, черепно-мозкових нервів.	Вміти пояснити топографію органів щелепно-лицевої ділянки. Вміти пояснити топографію кісток основи черепа, лицевого скелета, черепно-мозкових нервів.
Фармакологія	Знати фармакологічні особливості препаратів, що впливають на центральні та периферійні ланки фізіології нервової системи: анестетики, засоби для місцевого потенційованого знеболення, наркотичні та ненаркотичні анальгетики, нейролептики, транквілізатори, седативні та снодійні препарати. Знати фармакологічні особливості препаратів, що застосовуються для невідкладної допомоги.	Вміти охарактеризувати препарати різних фармакологічних груп: анестетиків, наркотичних та ненаркотичних анальгетиків, нейролептиків, транквілізаторів, седативних та снодійних препаратів; дезінфекційних, асептичних та антисептичних засобів. Вміти охарактеризувати препарати, що застосовуються для надання невідкладної допомоги.
Невідкладні стани Внутрішні хвороби	Знати етіологію та патогенез непритомності, колапсу, анафілактичного шоку, гострих інтоксикацій та ін., як ускладнень ін'єкційного знечулення, принципи реанімаційних заходів та надання невідкладної допомоги.	Вміти надавати невідкладну допомогу при непритомності, колапсі, анафілактичному шоці, гострих інтоксикаціях та інших станах, які становлять загрозу життю хворого.
Мікробіологія Вірусологія	Знати видову ідентифікацію мікроорганізмів ротової порожнини; поняття умовно-патогенні та патогенні мікроорганізми, їх роль. Знати можливі шляхи передачі інфекції.	Вміти охарактеризувати особливості мікрофлори ротової порожнини. Пояснити можливі шляхи передачі інфекції. Вміти пояснити суть бактеріологічного дослідження.

5. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ

5.1. Теоретичні питання до заняття:

1. Етіологія слинних нориць.
2. Класифікація слинних нориць.
3. Клініка і діагностика слинних нориць.
4. Додаткові методи діагностики слинних нориць.
5. Хірургічні методи лікування слинних нориць (способи Бурова, Сапожкова, Лімберга).
6. Пластика головного протоку біля вушної слинної залози (Лімберг, Васильєв).
7. Консервативні методи лікування слинних нориць.

5.2. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Зібрати скарги, анамнез, провести обстеження пацієнта із зовнішньою слинною норицею: визначити локалізацію нориці, стан прилеглих тканин, консистенцію слинної залози, характер виділення з нориці та устя вивідного протоку залози при її масуванні.
2. Провести зондування норицевого ходу (визначити його напрямок і довжину, наявність звужень або розширень).
3. Засвоїти на фантомних моделях методики закриття зовнішньої слинної нориці за Буровим, Сапожковим, Лімбергом.
4. Засвоїти на моделях техніку заміщення дефектів та деформацій ЩЛД зустрічними перекидними трикутними клаптями за Лімбергом.
5. Відпрацювати на фантомних моделях техніку пластики головного протоку привушної слинної залози методом Лімберга і Васильєва.

6. ЗМІСТ ТЕМИ

Зовнішня слинна нориця – це нориця, при якій слина витікає через отвір, розміщений на шкірі. Внутрішня слинна нориця - слина витікає через отвір, розміщений на слизовій оболонці порожнини рота в нетиповому для даної залози місці. Внутрішня слинна нориця не турбує хворого і лікування не потребує. Зовнішні нориці турбують хворого (косметичний дефект, мацерація шкіри, дерматити та ін.).

Повні слинні залози утворюються внаслідок пересікання або розриву позазалозного або внутрішньозалозного вивідного протоку. Неповна слинна нориця виникає при пошкодженні (дефекті) стінки позазалозного або внутрішньозалозного вивідного протоку. Під норицями протоку розуміють нориці позазалозного відділу протоку, а під норицями паренхіми – нориці внутрішньозалозних протоків, тобто всередині дольок залози. При повній нориці слина виділяється із пошкодженої частини залози тільки через зовнішню норицю, а зв'язок пошкодженої ділянки залози з іншими її відділами відсутній. Принеповній нориці слина через травмований протік (дефект у стінці) попадає як в зовнішню норицю, так і в інші відділи залози, тобто природнім шляхом виділяється із залози і через гирло головного вивідного протоку.

Зовнішні слинні нориці виникають у результаті травматичного пошкодження м'яких тканин, розміщених поблизу білявушної або під щелепової залози. Можуть також спостерігатися і після деяких оперативних втручань (часткової або тотальної паротидектомії, інцизійної чи ексцизійної біопсії, неповному видаленні під щелепової залози при проведенні її екстирпації та ін.).

Найчастіше зустрічаються зовнішні нориці білявушної залози, значно рідше – під щелепової. Розміщення нориць відповідає анатомічній ділянці локалізації залози. Діагностика повних слинних нориць полягає в наступному: при введенні зафарбованої рідини через гирло вивідного протоку вона не попадає в зовнішню норицю (на шкіру). Під час проведення сіалографії виявляється лише непошкоджена частина залози, тобто рентгенконтрастна маса не попадає в зовнішню норицю (у цьому випадку для проведення сіалографії краще використовувати йодліпол). Діагностика неповних слинних нориць: при введенні зафарбованої рідини в зовнішню норицю вона виділяється через гирло головного вивідного протоку; при введенні зафарбованої рідини в гирло головного вивідного протоку залози вона виділяється

через зовнішню норицю. Під час проведення сіалографії рентгенконтрастна маса заповнює протік і всю паренхіму залози, а через зовнішню норицю витікає на шкіру (сіалографію потрібно робити масляною рентген контрастною речовиною – йодліполлом, так як він більш густий). Контрастування можна проводити й через зовнішню норицю – заповнюється паренхіма залози, яка функціонує і вивідні протоки.

Лікування. Закриття слинної нориці білявушної залози способом С.А. Бурова: висікають норицю разом із рубцем у вигляді трикутника; за продовженням лінії основи трикутника проводять розріз дозад; у кінці лінії викроюють на шкірі рівний за величиною і формою трикутник, але повернутий основою доверху; клапті взаємно переміщують і зшивають. Цей спосіб можна застосовувати при розміщенні нориці перед мочкою вуха.

Закриття слинної нориці білявушної та під щелепової залози способом К.П. Сапожкова (1924). Методика і етапи операції: місцева інфільтраційна анестезія; в норицевий хід вводять гудзиковий або слинний зонд; півовальними розрізами шкіри окаймляють норицю, гострим та тупим способом затискачами типу москіт виділяють норицевий хід з рубцево зміненими тканинами на максимально можливу глибину (до капсули залози), підтягують і відсікають; на шкірі, по периферії рани, скальпелем роблять два взаємопротилежні розрізи (проколи) до фасції для накладання навколо норицевого каналу підшкірного кругового шва із шовку, який туго зав'язують; шкіру зашивають вузлуватими швами.

Закриття слинної нориці білявушної залози способом А.А. Лімберга (1943). Методика і етапи операції: місцева інфільтраційна анестезія; в норицевий хід вводять гудзиковий або слинний зонд; за ходом зонда висікають норицю разом з рубцево зміненими тканинами до капсули залози; від верхнього і нижнього полюсів рани проводять протилежні розрізи шкіри підкутом 35° - 45° до середнього розрізу, рівні йому за довжиною; відсепаровують два трикутні клапті, взаємно міняючи їх вершини переміщенням м'яких тканин, перекривають ділянку колишнього норицевого ходу; на шкіру накладають вузлуваті шви із дермалону або пролену.

Пластика головного протоку білявушної залози методом А.А. Лімберга (1938). Овальними розрізами висікають норицевий хід з рубцево зміненими тканинами. З глибини рани роблять прокол в порожнину рота, через який вводять у рану дренажну трубку. Рану на шкірі закривають переміщенням зустрічних трикутних клаптів. Трубку витягують після епітелізації норицевого ходу.

Пластика білявушного протоку методом Г.А. Васильєва (1953). Позаротовим горизонтальним розрізом за ходом протоку висікають отвір норицевого ходу, виділяють і відсікають його після препарування дистального відділу протоку. Викроюють ящикоподібний клапоть на слизовій оболонці щоки, основа якого обернена до переднього краю жувального м'яза і розміщена вище лінії змикання зубів. Клапоть проводять назовні через розріз м'яких тканин щоки і підшивають до центрального відділу протоку. Рану зашивають.

Найбільш ефективним способом хірургічного лікування зовнішніх слинних нориць є метод А.А. Лімберга. При застосуванні інших способів відсоток невдач є значно вищим

Консервативні методи лікування слинних нориць:

1. Рентгенографія з електрокоагуляцією норицевого ходу.
2. Присікання нориці хімічними речовинами (хромова, хлористоводнева, молочна кислоти; спирт, кристали ляпісу, 5% розчин йоду.
3. Криодеструкція.
4. Давлячі пов'язки на слинну залозу із поєднанням медикаментозних препаратів, що пригнічують функцію слинної залози (6-8 крапель 0,1% розчину атропіну сульфату чи настоянки беладонни за 30 хв до прийому їжі).

7. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Який із додаткових методів обстеження пацієнта є найбільш інформативний для діагностики зовнішньої слинної нориці?

- A. Цитологічний
- B. Фістулографія
- C. Оглядова рентгенографія обличчя
- D. Термографія
- E. Ультразвукове дослідження

2. У хворого після загоєння наскрізної рани щоки на шкірі утворилася зовнішня слинна нориця. Який спосіб оперативного втручання найдоцільніше застосовувати для її закриття?

- A. Пластику зустрічними трикутними клаптями
- B. Пластику клаптем на ніжці
- C. Пластику філатовським стеблом
- D. Висічення нориці з накладанням швів
- E. Вільну пересадку шкіри

3. Яку рентгенконтрастну речовину найдоцільніше застосовувати для контрастування слинних залоз при сіалографії?

- A. Йодліпол
- B. Барій
- C. Верографін
- D. Урографін
- E. Кардіотраст

4. Повна слинна нориця виникає внаслідок:

- A. Повного пересічення або розриву протоку
- B. Дефекту стінки протоку
- C. Згину внутрішньозалозної частини протоку
- D. Розширення внутрішньозалозної частини протоку
- E. Розширення позазалозної частини протоку

5. Неповна слинна нориця виникає внаслідок:

- A. Повного пересічення або розриву протоку
- B. Дефекту стінки протоку
- C. Згину внутрішньозалозної частини протоку
- D. Розширення внутрішньозалозної частини протоку
- E. Розширення позазалозної частини протоку

8. ЛІТЕРАТУРА

Основна література:

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; у 2т. – Т. 1 / В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін. – К.: ЛОГОС, 2011. – 669 с.
2. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; у 2т. – Т. 2 / В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін. – К.: ЛОГОС, 2011. – 606 с.
3. Тимофеев А. А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А. А. Тимофеев. – Київ: «Червона Рута-Турс», 2002. – 1024 с.

Додаткова література:

1. Бернадський Ю.Й. Основи щелепно-лицевої хірургії і хірургічної стоматології: навчальний посібник / Ю.Й. Бернадський. – Київ: «Спалах». – 2003. – 512 с
2. Методичні рекомендації для підготовки до складання ліцензійних інтегрованих іспитів "Крок1", "Крок2", "Крок3" / Б. С. Зіменковський, М. Р. Гжегоцький, І. І. Солонинко, Р. З. Огоновський, Р. Б. Лесик, Ю. Я. Кривко, Б. В. Дибас Львів: Друкарня ЛНМУ ім. Данила Галицького, 2013. - 96 с.

Міністерство освіти і науки України
Державний вищий навчальний заклад
«Ужгородський національний університет»
Кафедра хірургічної стоматології та клінічних дисциплін

ЗАТВЕРДЖЕНО
на засіданні кафедри хірургічної стоматології
та клінічних дисциплін
Завідувач кафедри
к. мед. н., доц. Гема-Багіна Н. М.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

Курс V; Факультет Стоматологічний

Навчальна дисципліна: Хірургічна стоматологія

Тема № 8. Регенерація тканин. Біологічні основи остеогенезу

Ужгород – 2022

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ

Зростання рівня травматизму та частоти новоутворів кісток лицевого скелету серед населення, зокрема, множинних травм щелепно-лищевої ділянки, що супроводжуються значною втратою кісткової тканини, зумовлює вдосконалення методів лікування пошкоджень кісток обличчя та поглиблення знань про процеси регенерації кісткової тканини. Для надання кваліфікованої допомоги хворим з травматичними пошкодженнями та пухлинами щелепно-лищевої ділянки, хірург-стоматолог повинен на гістологічному рівні розуміти процеси репарації та регенерації кісткової тканини, етапи остеогенезу, а також загальні та місцеві фактори, які впливають на них.

2. НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ ЗАНЯТТЯ

➤ *фахові компетентності:*

1. Збирання медичної інформації про стан пацієнта.
2. Оцінювання результатів лабораторних та інструментальних досліджень.
3. Встановлення клінічного діагнозу стоматологічного захворювання.
4. Діагностування невідкладних станів.
5. Визначення характеру та принципів лікування стоматологічних захворювань.
6. Визначення необхідного режиму праці та відпочинку, дієти при лікуванні стоматологічних 7. захворювань.
8. Визначення тактики ведення стоматологічного хворого при соматичній патології.
9. Виконання медичних та стоматологічних маніпуляцій.
10. Проведення лікування основних стоматологічних захворювань.
11. Організація проведення лікувально-евакуаційних заходів.
12. Визначення тактики та надання екстреної медичної допомоги.
13. Ведення медичної документації.
14. Опрацювання державної, соціальної та медичної інформації.

➤ *загальні компетентності:*

1. Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу; здатність вчитися і бути сучасно навченим.
2. Знання та розуміння предметної області та розуміння професії.
3. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.
4. Здатність спілкуватися державною мовою як усно, так і письмово; здатність спілкуватись другою мовою.
5. Навички використання інформаційних і комунікаційних технологій.
6. Здатність до пошуку, опрацювання та аналізу інформації з різних джерел.
7. Здатність до адаптації та дії в новій ситуації; здатність працювати автономно.
8. Вміння виявляти, ставити та вирішувати проблеми.
9. Здатність до вибору стратегії спілкування.
10. Здатність працювати в команді.
11. Навички міжособистісної взаємодії.
12. Здатність діяти на основі етичних міркувань (мотивів).
13. Навики здійснення безпечної діяльності.
14. Здатність оцінювати та забезпечувати якість виконуваних робіт.
15. Здатність діяти соціально відповідально та громадянсько свідомо.

3. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ

1. Розглянути особливості будови кісток щелепно-лищевої ділянки.
2. Вивчити етапи загоєння кісткової рани.
3. Вивчити терміни «репарація» та «регенерація» та вміти пояснити відмінності між цими поняттями.
4. Розглянути основні стадії регенерації кісткової тканини.
5. Пояснити особливості репаративної регенерації кісток обличчя.

6. Тракувати основні принципи остеогенної та остеоіндуктивної терапії.

7. Вміти диференціювати остеогенну та остеоіндуктивну терапії.

4. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція)

Дисципліни	Знати	Вміти
Попередні:		
Анатомія Гістологія	Знати анатомо-фізіологічні особливості щелепно-лицевої ділянки. Знати фізіологічні особливості центральної та периферичної нервової системи; будову та функцію черепно-мозкових нервів.	Вміти пояснити будову органів та систем щелепно-лицевої ділянки. Вміти пояснити особливості центральної та периферичної нервової системи; будову та функцію черепно-мозкових нервів.
Топографічна анатомія	Знати топографію органів щелепно-лицевої ділянки. Знати топографію кісток основи черепа, лицевого скелета, черепно-мозкових нервів.	Вміти пояснити топографію органів щелепно-лицевої ділянки. Вміти пояснити топографію кісток основи черепа, лицевого скелета, черепно-мозкових нервів.
Фармакологія	Знати фармакологічні особливості препаратів, що впливають на центральні та периферійні ланки фізіології нервової системи: анестетики, засоби для місцевого потенційованого знеболення, наркотичні та ненаркотичні анальгетики, нейролептики, транквілізатори, седативні та снодійні препарати. Знати фармакологічні особливості препаратів, що застосовуються для невідкладної допомоги.	Вміти охарактеризувати препарати різних фармакологічних груп: анестетиків, наркотичних та ненаркотичних анальгетиків, нейролептиків, транквілізаторів, седативних та снодійних препаратів; дезінфекційних, асептичних та антисептичних засобів. Вміти охарактеризувати препарати, що застосовуються для надання невідкладної допомоги.
Невідкладні стани Внутрішні хвороби	Знати етіологію та патогенез непритомності, колапсу, анафілактичного шоку, гострих інтоксикацій та ін., як ускладнень ін'єкційного знечулення, принципи реанімаційних заходів та надання невідкладної допомоги.	Вміти надавати невідкладну допомогу при непритомності, колапсі, анафілактичному шоці, гострих інтоксикаціях та інших станах, які становлять загрозу життю хворого.
Мікробіологія Вірусологія	Знати видову ідентифікацію мікроорганізмів ротової порожнини; поняття умовно-патогенні та патогенні мікроорганізми, їх роль. Знати можливі шляхи передачі інфекції.	Вміти охарактеризувати особливості мікрофлори ротової порожнини. Пояснити можливі шляхи передачі інфекції. Вміти пояснити суть бактеріологічного дослідження.

5. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ

5.1. Теоретичні питання до заняття:

1. Назвіть анатомічні та фізіологічні особливості будови кісток щелепно-лицевої ділянки.
2. Дайте визначення терміну «регенерація».
3. Перерахуйте стадії репаративної регенерації.
4. Класифікуйте типи регенерації кісткової тканини.
5. Назвіть види остеогенезу.
6. Охарактеризуйте поняття «остеоіндукція» та «остеокондукція».
7. Назвіть показання та протипоказання до проведення остеогенної, остеоіндуктивної та остеоіндуктивної терапії.
8. Дайте визначення термінам «репарація» та «регенерація».

5.2. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Вміти провести обстеження хворих з дефектом твердих тканин щелепно-лицевої ділянки.
2. Вміти визначити покази та протипокази до проведення репаративного остеогенезу.
3. Скласти загальний план проведення остеогенної чи остеоіндуктивної терапії.

6. ЗМІСТ ТЕМИ

Регенерація (лат. відродження, відновлення) — це процес відновлення організмом втрачених або пошкоджених частин, і, відповідно, втрачених функцій пошкоджених тканин і органів. Для виживання організму більш важливим є відновлення і збереження функцій, ніж зовнішньої форми. Тож, регенерація може бути: 1) фізіологічною (постійною, що триває все життя); 2) репаративною (після пошкодження тканин і органів); 3) патологічною (якщо вона дає хибні результати, уповільненою або надмірною).

Репаративна регенерація - відновлення тканин, втрачених (загиблих) в результаті патологічного процесу. Виділяють чотири стадії перебігу репаративних процесів у кістковій тканині: I фаза - руйнування клітинних елементів і структур, що входять до складу кістки; II фаза - проліферації і диференціювання клітинних елементів; III фаза - поява первинної кісткової структури; IV фаза - утворення пластинчастої кісткової тканини. I стадія - це первинна реакція на травму, що характеризується процесами руйнування клітин і структур, складових кістки, а також сполучнотканинних утворень, нервів, судин і м'язів, що оточують кістку. Тривалість цього періоду - до трьох днів. II стадія - це проліферація і диференціювання клітинних елементів. Триває 8 днів. Відбувається формування грануляційної тканини, проліферація остеогенних і сполучнотканинних клітин, активація фібробластів разом із проростанням дрібних судин. Між фібробластами утворюються тонкі тяжі, що з'єднують одну клітину з іншою. Таким чином формується фібробластичний синтицій. Новостворені судини врастають в фібробластичні шари. Так виникає юна сполучна тканина (грануляційна тканина), яка поступово заповнює раневий дефект. III стадія - поява первинних кісткових структур. У цей період відбувається дозрівання і фіброзне перетворення грануляційної тканини. Перетворення грануляційної тканини в грубоволокнисту означає утворення первинної кісткової мозолі. Починається період з 9-10 дня. Фіброзне зростання триває в середньому від 20 до 30 днів. IV стадія - спостерігається резорбція провізорної кістки і утворення пластинчастої кісткової тканини. Формується вторинна кісткова мозоль. Весь цикл перебудови кісткової тканини, починаючи з розсмоктування кістки і закінчуючи утворенням нової кісткової тканини, займає близько 100 днів. Процес перебудови кісткової тканини забезпечується двома типами клітин: остеобластами і остеокластами. Остеобласти виробляють речовини, що забезпечують побудову кістки і після виконання своєї функції вони гинуть. Остеокласти належать до класу макрофагів, які розсмоктують кісткову тканину, тобто утилізують гідроксиапатити (мінеральні компоненти кістки). Руйнуючи стару кістку, остеокласти сприяють побудові нової кісткової тканини, яка здійснюється остеобластами. Репаративний потенціал кісток оцінюють за рядом факторів: загальна кількість ядерних клітин кісткового мозку в 1 см³ кістки, кількість клітин в 1 см³, які

при вирощуванні можуть утворити колонії; вид цих колоній (одно- або багаточарові); ступінь диференціювання клітин тощо.

В залежності від клінічної ситуації, тобто від величини дефекту, коли регенераторні властивості організму хворого не здатні його замінити чи усунути, необхідно здійснювати заміщення втрачених структур і функцій відповідними заміниками. Для цього використовують біологічні тканини, а також небіологічні матеріали і речовини.

Трансплантат — це орган, тканина або частина тіла, що використовують для пересадження з метою заміни ушкодженої частини тіла людини. Терміном «трансплантат» можна називати тільки біологічну тканину. Ембріональні трансплантати, взяті з людського плода, мають назву брeфотрансплантати. Комбіновані трансплантати — це біологічні тканини в комбінації з небіологічними субстратами.

Розрізняють такі біологічні трансплантати:

1) автотрансплантат — власна тканина хворого, що йому ж пересаджена, несумісність тканин відсутня;

2) ізотрансплантат — орган або тканина, яка пересаджена син генному (що має той же генотип) індивіду (однойцевому близнюку), несумісність тканин відсутня;

3) алотрансплантат (гомотрансплантат) — орган або тканина, що пересаджена між алогенними індивідами (між представниками одного виду, які мають різний генотип), ці трансплантати часто консервують, наявна біологічна несумісність тканин;

4) ксенотрансплантат (гетеротрансплантат) — орган або тканина, що пересаджена від представника одного виду представнику іншого виду, тому біонесумісність є досить значною.

Штучні замітники тканин та органів — це зазвичай небіологічні композиції з металу, пластмаси тощо, тобто імплантати.

7. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Як називається вид трансплантації, коли для відновлення ділянки нижньої щелепи застосовують кістковий трансплантат, взятий від донора?

- A. Експлантація.
- B. Ізотрансплантація.
- C. Ксенотрансплантація.
- D. Алотрансплантація.
- E. Автотрансплантація.

2. Хворому було проведено видалення радикулярної кістки в ділянці від 13 до 23 зубів, розміром 3×2см. Для заміщення кісткового дефекту, що утворився доцільно використати кістковий матеріал ксеногенного походження. З якого матеріалу виготовляють такі кістково-пластичні матеріали?

- A. Матеріал взятий від близнюка хворого.
- B. Матеріал взятий з підборідної ділянки пацієнта.
- C. Матеріал виготовлений з тканин великої рогатої худоби.
- D. Матеріал виготовлений із людського плоду.
- E. Матеріал штучного походження.

3.Репаративна регенерація кістки – це регенерація:

- A. При якій загиблі ділянки заміщаються грануляційною тканиною, а потім рубцем;
- B. Характеризується сповільненим перебігом процесів загоєння;
- C. Характеризується надмірним розвитком заміщаючої тканини;
- D. Відновлення ділянок тканин, загиблих в результаті патологічного процесу;
- E. Тканин, що відмирають в процесі їх нормальної життєдіяльності.

4.Після заповнення кісткового дефекту кістково-пластичним матеріалом, під час макроскопічного дослідження спостерігаються процеси формування юної грануляційної тканини, проліферація остеогенних і сполучнотканинних клітин, активні процеси ангиогенезу, активація фібробластів з утворенням тонких тяжів між ними. Як називається дана стадія репаративного остеогенезу та скільки днів вона триває?

- A. Проліферація і диференціювання клітинних елементів. Триває 8 днів

- В. Стадія появи первинних кісткових структур. Триває 5 днів
- С. Проліферація і диференціювання клітинних елементів. Триває 21 день
- Д. Стадія руйнування клітинних елементів і структур. Триває 8 днів.
- Е. Стадія появи первинних кісткових структур. Триває 8 днів.

5. Перерахуйте види регенерації кісткової тканини:

- А. Часткова регенерація, фізіологічна регенерація, репаративна регенерація.
- В. Фізіологічна регенерація, репаративна регенерація.
- С. Фізіологічна регенерація, репаративна регенерація, самовільна регенерація, патологічна регенерація.
- Д. Фізіологічна регенерація, репаративна регенерація, патологічна регенерація.
- Е. Сповільнена регенерація, фізіологічна регенерація, репаративна регенерація, патологічна регенерація.

8. ЛІТЕРАТУРА

Основна література:

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; у 2т. – Т. 1 / В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін. – К.: ЛОГОС, 2011. – 669 с.
2. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; у 2т. – Т. 2 / В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін. – К.: ЛОГОС, 2011. – 606 с.
3. Тимофеев А. А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А. А. Тимофеев. – Київ: «Червона Рута-Турс», 2002. – 1024 с.

Додаткова література:

1. Бернадський Ю.Й. Основи щелепно-лицевої хірургії і хірургічної стоматології: навчальний посібник / Ю.Й. Бернадський. – Київ: «Спалах». – 2003. – 512 с
2. Методичні рекомендації для підготовки до складання ліцензійних інтегрованих іспитів "Крок1", "Крок2", "Крок3" / Б. С. Зіменковський, М. Р. Гжегоцький, І. І. Солонинко, Р. З. Огоновський, Р. Б. Лесик, Ю. Я. Кривко, Б. В. Дибас Львів: Друкарня ЛНМУ ім. Данила Галицького, 2013. - 96 с.

Міністерство освіти і науки України
Державний вищий навчальний заклад
«Ужгородський національний університет»
Кафедра хірургічної стоматології та клінічних дисциплін

ЗАТВЕРДЖЕНО
на засіданні кафедри хірургічної стоматології
та клінічних дисциплін
Завідувач кафедри
к. мед. н., доц. Гема-Багіна Н. М.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

Курс V; Факультет Стоматологічний

Навчальна дисципліна: Хірургічна стоматологія

Тема № 9. Хірургічна підготовка порожнини рота до ортопедичного лікування. Операції на м'яких тканинах: пластика вуздечок губи та язика, усунення рубцевих деформацій та м'язових тяжів, фіброзних змін слизової оболонки порожнини рота. Вестибулопластика: принципи та техніки операції з використанням вільних слизових та шкірних трансплантатів.

ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ № 8

1. Тема заняття: «Хірургічна підготовка порожнини рота до ортопедичного лікування. Операції на м'яких тканинах: пластика вуздечок губи та язика, усунення рубцевих деформацій та м'язових тяжів, фіброзних змін слизової оболонки порожнини рота. Вестибулопластика: принципи та техніки операції з використанням вільних слизових та шкірних трансплантатів.»
Тривалість заняття 4 год. 30 хв., в тому числі три перерви по 10 хвилин.

2. Навчальні цілі заняття:

➤ *фахові компетентності:*

1. Збирання медичної інформації про стан пацієнта.
2. Оцінювання результатів лабораторних та інструментальних досліджень.
3. Встановлення клінічного діагнозу стоматологічного захворювання.
4. Діагностування невідкладних станів.
5. Визначення характеру та принципів лікування стоматологічних захворювань.
6. Визначення необхідного режиму праці та відпочинку, дієти при лікуванні стоматологічних 7. захворювань.
8. Визначення тактики ведення стоматологічного хворого при соматичній патології.
9. Виконання медичних та стоматологічних маніпуляцій.
10. Проведення лікування основних стоматологічних захворювань.
11. Організація проведення лікувально-евакуаційних заходів.
12. Визначення тактики та надання екстреної медичної допомоги.
13. Ведення медичної документації.
14. Опрацювання державної, соціальної та медичної інформації.

➤ *загальні компетентності:*

1. Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу; здатність вчитися і бути сучасно навченим.
2. Знання та розуміння предметної області та розуміння професії.
3. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.
4. Здатність спілкуватися державною мовою як усно, так і письмово; здатність спілкуватись другою мовою.
5. Навички використання інформаційних і комунікаційних технологій.
6. Здатність до пошуку, опрацювання та аналізу інформації з різних джерел.
7. Здатність до адаптації та дії в новій ситуації; здатність працювати автономно.
8. Вміння виявляти, ставити та вирішувати проблеми.
9. Здатність до вибору стратегії спілкування.
10. Здатність працювати в команді.
11. Навички міжособистісної взаємодії.
12. Здатність діяти на основі етичних міркувань (мотивів).
13. Навики здійснення безпечної діяльності.
14. Здатність оцінювати та забезпечувати якість виконуваних робіт.
15. Здатність діяти соціально відповідально та громадянсько свідомо.

3. Методи навчання:

Підготовчий етап – фронтальне усне опитування.

Основний етап – практичний тренінг, рольова гра.

Заключний етап – мозковий штурм.

4. Міждисциплінарна інтеграція.

Дисципліни	Студент повинен знати	Студент повинен вміти
Попередні:		
Анатомія.	Знати анатомо-фізіологічні особливості щелепно-лицевої ділянки: - будову верхньої та нижньої	Вміти пояснити будову органів та систем щелепно-лицевої ділянки. Вміти пояснити механічну

Фізіологія.	щелеп; - іннервацію та васкуляризацію цих ділянок; - будову лімфатичної системи голови та шиї; - будову м'язів голови та шиї; - будову органів голови та шиї.	взаємодію груп м'язів.
Топографічна анатомія і оперативна хірургія.	Знати топографію органів щелепно-лицевої ділянки.	Вміти пояснити топографію органів щелепно-лицевої ділянки. Вміти схематично зобразити лінії проходження переломів нижньої щелепи. Вміти схематично зобразити лінії проходження переломів верхньої щелепи за Ле Фор.
Біофізика.	Знати біомеханіку зубо-щелепної системи.	Вміти прогнозувати механічне навантаження, жувальне навантаження, при використанні різних методик лікування.
Медицина катастроф.	Знати об'єм медичної допомоги, що надається на кожному етапі евакуації.	Вміти пояснити основні принципи невідкладної допомоги потерпілим.
Променева діагностика.	Знати додаткові методи обстеження, які є найінформативнішими для діагностики переломів кісток лицевого скелету.	Вміти описати загальні рентгенологічні ознаки переломів кісток лицевого скелету.
Ортопедична стоматологія.	Знати види матеріалів та конструкцій, що застосовуються для ортопедичного лікування потерпілих з переломами щелеп.	Вміти охарактеризувати різні види шин та пояснити етапи їх виготовлення.
Фармакологія	Знати основні групи фармакологічних препаратів, які застосовують при невогнепальних переломах верхньої щелепи.	Вміти охарактеризувати механізм дії препаратів. Вміти призначати та розраховувати дози основних медичних препаратів, що застосовуються.
Внутрішньопродметна інтеграція:		
Тема 1. «Пропедевтика хірургічної стоматології»: ... Методика обстеження Щелепно-лицевої ділянки та шиї.	Знати методику проведення обстеження пацієнта із захворюваннями щелепно-лицевої ділянки.	Вміти провести суб'єктивне та об'єктивне обстеження хворого, призначити додаткові методи дослідження, заповнити відповідну медичну документацію.
Тема 3. «Пропедевтика хірургічної стоматології»: ... Загальне знечулення.	Знати види і покази до загального знечулення.	Вміти визначити покази до проведення оперативного втручання під наркозом.
Теми 4-9.«Пропедевтика хірургічної стоматології»: ...	Знати види і техніки місцевого знечулення.	Вміти проводити різні методики анестезій на верхній та нижній щелепах.

Провідникові методи знечулення щелеп і прилеглих тканин.		
Теми 6,7«Травматологія ЩЛД». Невогнепальні переломи нижньої і верхньої щелеп.	Знати класифікацію, клініку переломів нижньої і верхньої щелепи.	Вміти встановити діагноз хворому з пошкодженнями кісток лицевого скелету.

5. Література:

1. Навчальна

Основна

- 1.1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; у 2т. – Т. 1 / В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін. – К.: ЛОГОС, 2011. – 669 с.
- 1.2. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; у 2т. – Т. 2 / В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін. – К.: ЛОГОС, 2011. – 606 с.
- 1.3. Стоматологія надзвичайних ситуацій з курсом військової стоматології: [підруч. Для студентів ВМНЗ III-IV рівнів акредитації] / Г.П.Рузін, В.П.Голік, О.В.Рибалов, С.Г.Демяник. – Харків: Торнадо, 2006. – С.90-98.
- 1.4. Тимофеев А. А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А. А. Тимофеев. – Київ: «Червона Рута-Турс», 2002. – 1024 с.

Додаткова

- 1.5. Рузін Г.П. Краткий курс лекций по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Геннадий Петрович Рузін – Киев: «Книга плюс», 2006 – С. 88-89.
- 1.6. Ломницький І. Я. Алгоритми практичних навичок з хірургічної стоматології / І. Я. Ломницький, А. В. Нетлюх, О. Я. Мокрик. – Львів : «ГалДент», 2008. – 152 с.
- 1.7. Мигович М.І. Місцеве знечулення тканин щелепно-лицевої ділянки. Львів, 1999.

2. Наукова

- 2.1. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии // под ред. В.М. Безрукова, Т. Г. Робустовой. – М.: Медицина, 2000.

3. Методична

- 3.1. Методичні рекомендації для підготовки до складання ліцензійних інтегрованого іспитів "Крок1", "Крок2", "Крок3" / Б. С. Зіменковський, М. Р. Гжегоцький, І. І. Солонинко, Р. З. Огоновський, Р. Б. Лесик, Ю. Я. Кривко, Б. В. Дибас. - Львів: Друкарня ЛНМУ ім. Данила Галицького, 2013. - 96 с.
- 3.2. Збірник тестових завдань для складання ліцензійного іспиту «Крок – 2 Стоматологія» // МОЗ України. Департамент кадрової політики, освіти і науки МОЗ України. Центр тестування при МОЗ України, 2011 - 28 с. (співавтори Гайдук Р. В., Федько В. В., Назаревич М. Р.) - 36 с.
- 3.3. Ускладнення травматичних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки: навч.-метод. посіб. для студ. стомат. факульт. вищих мед. навч. закладів IV рівнів акредитації та інтернів-стоматологів / Рибалов О.В., Ахмеров В.Д. – Полтава: ТОВ «Фірма «Техсервіс»», 2011. – С.6-9

СТРУКТУРА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

Підготовчий етап (30хв)

- *Організаційна частина заняття:* перевірка присутності, оцінка зовнішнього вигляду та форми одягу.

- *Повідомлення теми, мети заняття.*

Тема заняття: «Хірургічна підготовка порожнини рота до ортопедичного лікування. Операції на м'яких тканинах: пластика вуздечок губи та язика, усунення рубцевих деформацій та м'язових тяжів, фіброзних змін слизової оболонки порожнини рота. Вестибулопластика: принципи та техніки операції з використанням вільних слизових та шкірних трансплантатів.»

Мета заняття: вивчити клінічні ситуації, які унеможливають або перешкоджають проведенню повноцінного протезування зубів; загальні та місцеві лікувальні заходи хірургічної підготовки порожнини рота та альвеолярного паростка до дентальної імплантації та ортопедичного лікування.

Мотивація навчальної діяльності.

Незважаючи на успішний розвиток стоматології, різноманітні новітні методи лікування зубів та захворювань пародонту, кількість пацієнтів, які потребують протезування зубів після їх втрати не зменшується. Лікар-стоматолог повинен бути обізнаний із заходами хірургічної підготовки порожнини рота та альвеолярного паростка, які є важливим етапом перед проведенням ортопедичного лікування та дентальної імплантації.

Матеріали методичного забезпечення підготовчого етапу заняття:

Питання до фронтального опитування:

1. Показання та протипоказання до хірургічної підготовки порожнини рота до протезування.
2. Показання до пластичних хірургічних втручань на м'яких тканинах порожнини рота.
3. Методи здовження вуздечок губ, щік, язика, показання до вказаних втручань.
4. Покази до пластики м'яких тканин порожнини рота.
5. Оперативні методики поглиблення мілкого присінку порожнини рота.
6. Покази до вільної пластики шкірою, методика втручання.
7. Покази до вільної пластики слизовою оболонкою, методика втручання.
8. Ускладнення, які виникають при виконанні втручань на м'яких тканинах порожнини рота.

Основний етап: формування професійних навичок і вмінь (180 хв)

Проведення професійного тренінгу.

Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття:

Завдання хірургічної підготовки порожнини рота до протезування - це створення надійної опорної структури з кісткових і м'яких тканин для подальшого виготовлення та оптимального функціонування зубних протезів.

Підготовка хворого до передпротезної хірургії порожнини рота:

1. Скерування від лікаря-ортопеда.
2. Психологічна готовність хворого користуватися протезами, особливо знімними, а також до хірургічних втручань з цього приводу.
3. Проведення спільного обстеження із стоматологом-ортопедом і визначення відсутності загальних протипоказань до оперативних втручань.
4. Ретельне обстеження порожнини рота (оцінка змін м'яких тканин і кісткових утворень, які перешкоджають протезуванню).
5. Оцінка моделей щелеп і рентгенологічне обстеження.

Розрізняють операції на:

- кісткових тканинах щелеп;
- м'яких тканинах (слизова оболонка порожнини рота, м'язові пучки, окістя);
- периферичних гілках трійчастого нерва;
- підняття дна верхньощелепної пазухи (синус-ліфт), носа.

Зменшення нерівності слизової оболонки й окістя, що вкриває альвеолярний паросток верхньої щелепи і альвеолярну частину нижньої щелепи.

Техніка операції:

- 1) Виконують еліпсоподібні збіжні розрізи, що облямовують патологічну ділянку.
- 2) Мобілізують слизово-окісні клапті з вестибулярної та оральної сторін до їх торкання без

натягу.

3) Рану ушивають вузловими або безперервними швами.

Зменшення тканин ретромоллярної ділянки. У ретромоллярній ділянці надлишок тканин зазвичай пов'язаний з її гіпертрофією.

Техніка операції:

1) Виконують еліпсоподібні розрізи.

2) Стоншують тканини по краях дефекту.

3) Рану ушивають вузловими або безперервними швами.

Видалення надлишку м'якої тканини в дистальному відділі піднебіння. Надлишок тканин у дистальній ділянці склепіння піднебіння обумовлює його звуження і створює труднощі при протезуванні.

Техніка операції:

1) Надлишок м'яких тканин висікається гострим тонким скальпелем по дотичній поверхні на глибину слизового і підслизового шарів.

2) Краї рани зближують, накладають шви.

3) На ранову поверхню надягають захисну пластину.

Ускладнення: рекомендується неглибоке висічення тканин, оскільки можливе пошкодження передньої піднебінної артерії, петель крилоподібного венозного сплетення.

Видалення надлишку м'яких тканин альвеолярної дуги. При атрофії кістки, користуванні неадекватно фіксованими зубними протезами, створюється надлишок м'яких тканин, які позбавлені кісткової опори. Видалення тканин виконують двома паралельними, що сходяться на кінцях, розрізами до окістя по ходу альвеолярної дуги, а рану ушивають звичайним методом.

Видалення надлишку запально-зміненої тканини. Надлишок запально-зміненої тканини утворюється при користуванні ненадійно зафіксованих зубних протезів, їх неадекватності. Найбільш простим методом є електрокоагуляція або лазерне висічення з подальшим загоєнням рани вторинним натягом під тампоном. При значних розмірах надлишкової запальної ділянки проводять звичайне висічення до окістя з ушиванням рани вузловим або безперервним швом.

Операції при вкороченій вуздечці язика. Для подовження вуздечки язика проводять серединний розріз через вуздечку, утворюють два трикутних клапті, які взаємно переміщують і фіксують тонким кетгутом або синтетичною ниткою. При операції необхідно пам'ятати про розташування під'язикових сосочків з метою профілактики їх травмування.

При значному вкороченні вуздечки язика більш доцільним є проведення операції шляхом горизонтального розсічення вуздечки.

Висічення вуздечки губи (френектомія губи), усунення рубцевих м'язових тяжів присінку рота. При вкороченій вуздечці верхньої/нижньої губи створюються труднощі фіксації зубних протезів.

Висічення вуздечки проводять при прикріпленні вуздечки губи до альвеолярної дуги широкою основою. Слизова оболонка підшивається до періосту, бажано на всю глибину ясенної борозни. Створену рану ушивають по всій довжині разом з окістям.

Пластику зустрічними трикутними клаптями використовують для подовження вуздечки губи.

Пластика присінка порожнини рота з використанням трансплантатів. Покази: недостатня глибина присінку порожнини рота для адекватної фіксації зубного протеза; нестача слизової оболонки на верхній губі; якщо проведення пластики підслизовою тканиною може зумовити вкорочення губи.

Техніка операції:

1) Виконується розріз в ділянці присінку порожнини рота, відсепарується слизово-окісний клапоть.

2) У сформовану рану поміщають вільний розщеплений шкірний трансплантат.

3) Для створення умов інтеграції трансплантата використовуються шини або завчасно виготовлені протези.

Відповідно до наявних клінічних варіантів будови слизової оболонки лікування включає велику кількість можливих оперативних втручань для підготовки слизової оболонки до протезування зубів: 1) висічення рубцевих спайок слизової оболонки з використанням для закриття дефекту, що виник, трикутних клаптів слизової оболонки; 2) поглиблення мілкого присінка рота є необхідним перед виготовленням знімного пластинкового протеза, бюгельного протеза, мостоподібного протеза в естетично значимій ділянці. Для цього застосовують різноманітні оперативні методики. Найпоширеніші з них: трансплантація розщепленої за Тіршем шкіри (1-етапна методика): виконують розріз слизової оболонки до кістки по перехідній складці, відшаровують клапоть тканин, формують стенсом нову фому

перехідної складки, піднімають розщеплений шкірний трансплантат, приклеюють його епідермісом на стени, вводять стенсовий вкладиш раневою поверхнею трансплантата на рану тканинного ложа і фіксують вкладиш швами на 12-14 днів; трансплантація розщепленої шкіри 2-етапною методикою: з двох малих вертикальних розрізів розшаровують тканини за ходом перехідної складки, роблять у тканинах тунель, вводять у нього згорнутий в стрічку на гумовій трубці шкірний трансплантат раневою поверхнею назовні і через 12-14 днів слизову оболонку над трубкою розсікають, трубку видаляють, виготовляють на цю ділянку формуючі пристрої і призначають масаж; трансплантація слизово-окісного клаптя з альвеолярного гребеня до тіла щелепи з фіксацією клаптя швами або пелотом протеза (за Румпелем); 3) переміщення слизово-м'язових клаптів частіше виконують з язикової поверхні переднього відділу нижньої щелепи, коли переміщують донизу м'язи дна порожнини рота зі слизовою оболонкою; 4) видалення надлишків слизової оболонки порожнини рота при локальних гіперплазіях, фіброматозі альвеолярного відростка, горба верхньої щелепи, фібропапіломах і папіломатозі, які можуть виникати внаслідок тривалого травмування слизової оболонки краями знімних протезів; 5) при рухомій слизовій оболонці на гребені альвеолярного відростка виконують різні види операцій: переміщення слизової вниз та її підшивання в нижній полюс рани (за Казаньяном), переміщення вниз, на оголену кістку і закриття йодоформним тампоном (за Вассмундом), переміщення слизової оболонки порожнини рота на нижній щелепі вниз одночасно з язикового і губного боків (за Рерман); 6) міопластика прилеглими до нижньої щелепи м'язами передбачає переміщення в нове положення *m. mentalis*, *m. genioglossus*, *m. milohioideus*, що дозволяє одночасно значно поглибити присінок порожнини рота і рівень тканин з боку язика. Після проведення більшості пластичних операцій необхідно використовувати формуючі пластмасові капи на ділянку реконструкції слизової оболонки, альвеолярних відростків, присінка порожнини рота.

- *Алгоритми для формування професійних вмінь і навичок.*
 1. Скласти план передпротезної підготовки пацієнта.
 2. Скласти план комплексного лікування та догляду за пацієнтом після місцевопластичного втручання.
 3. Відпрацювати на фантомі техніку операції френулопластики.
 4. Відпрацювати на фантомі техніку операції вестибулопластики.
- *Практичні завдання, (типові, нетипові, непрогнозовані ситуації).*

Індивідуальні завдання:

Завдання №1.

Вестибулопластика за Кларком проводиться:

- A. За умов поганого загальносоматичного стану пацієнта.
- B. Тільки за умов повної адентії.
- C. На верхній щелепі.
- D. На нижній щелепі.
- E. Усі відповіді вірні.

Завдання №2.

Які розрізняють види френулопластики за Лімбергом?

- A. Z-подібна.
- B. Y-подібна, Z-подібна.
- C. Z-подібна, W-подібна.
- D. Відкрита та закрита.
- E. M-подібна.

Завдання для самостійної роботи та роботи в малих групах (інтерактивні методи навчання).

Жінці 50 років видалили зуби з приводу генералізованого пародонтиту 9 років тому. Користується знімними протезами. За ці роки пройшла повна атрофія альвеолярних відростків щелеп. Що спричинило атрофію щелеп? Які методики постійного незнімного протезування можна запропонувати пацієнтці? Обґрунтуйте ваш вибір.

Заключний етап (30 хв)

Підведення підсумків заняття.

Матеріали методичного забезпечення заключного етапу заняття:

- *Мозковий штурм.*

Студентам демонструють вичерпний опис нестандартної клінічної ситуації та пропонують запропонувати найбільш раціональні методи діагностики. Після запису всіх запропонованих методів діагностики в ході дискусії студенти вибирають найбільш раціональний.

- *Надання завдань для самостійної роботи.*

Заповнити медичну документацію, скласти план обстеження пацієнта з відповідною клінічною ситуацією та визначити показання до застосування кістково-пластичної операції, скласти план післяопераційної курації пацієнта.

- *Оцінювання.*

Міністерство освіти і науки України
Державний вищий навчальний заклад
«Ужгородський національний університет»
Кафедра хірургічної стоматології та клінічних дисциплін

ЗАТВЕРДЖЕНО
на засіданні кафедри хірургічної стоматології
та клінічних дисциплін
Завідувач кафедри
к. мед. н., доц. Гема-Багіна Н. М.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

Курс V; Факультет Стоматологічний

Навчальна дисципліна: Хірургічна стоматологія

Тема № 10. Хірургічна підготовка порожнини рота до ортопедичного лікування. Операції на кістковій тканині: альвеолотомія, усунення екзостозів, вертикальна та горизонтальна аугментації альвеолярного відростка. Відкритий та закритий синус-ліфтинг: показання, методики проведення та модифікації

ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ № 9

1. Тема заняття: «Хірургічна підготовка порожнини рота до ортопедичного лікування. Операції на кістковій тканині: альвеолотомія, усунення екзостозів, вертикальна та горизонтальна аугментації альвеолярного відростка. Відкритий та закритий синус-ліфтинг: показання, методики проведення та модифікації.»

Тривалість заняття 4 год. 30 хв., в тому числі три перерви по 10 хвилин.

2. Навчальні цілі заняття:

➤ *фахові компетентності:*

1. Збирання медичної інформації про стан пацієнта.
2. Оцінювання результатів лабораторних та інструментальних досліджень.
3. Встановлення клінічного діагнозу стоматологічного захворювання.
4. Діагностування невідкладних станів.
5. Визначення характеру та принципів лікування стоматологічних захворювань.
6. Визначення необхідного режиму праці та відпочинку, дієти при лікуванні стоматологічних 7. захворювань.
8. Визначення тактики ведення стоматологічного хворого при соматичній патології.
9. Виконання медичних та стоматологічних маніпуляцій.
10. Проведення лікування основних стоматологічних захворювань.
11. Організація проведення лікувально-евакуаційних заходів.
12. Визначення тактики та надання екстреної медичної допомоги.
13. Ведення медичної документації.
14. Опрацювання державної, соціальної та медичної інформації.

➤ *загальні компетентності:*

1. Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу; здатність вчитися і бути сучасно навченим.
2. Знання та розуміння предметної області та розуміння професії.
3. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.
4. Здатність спілкуватися державною мовою як усно, так і письмово; здатність спілкуватись другою мовою.
5. Навички використання інформаційних і комунікаційних технологій.
6. Здатність до пошуку, опрацювання та аналізу інформації з різних джерел.
7. Здатність до адаптації та дії в новій ситуації; здатність працювати автономно.
8. Вміння виявляти, ставити та вирішувати проблеми.
9. Здатність до вибору стратегії спілкування.
10. Здатність працювати в команді.
11. Навички міжособистісної взаємодії.
12. Здатність діяти на основі етичних міркувань (мотивів).
13. Навики здійснення безпечної діяльності.
14. Здатність оцінювати та забезпечувати якість виконуваних робіт.
15. Здатність діяти соціально відповідально та громадянсько свідомо.

3. Методи навчання:

Підготовчий етап – фронтальне усне опитування.

Основний етап – практичний тренінг, рольова гра.

Заключний етап – мозковий штурм.

4. Міждисциплінарна інтеграція.

Дисципліни	Студент повинен знати	Студент повинен вміти
Попередні:		
Анатомія.	Знати анатомо-фізіологічні особливості щелепно-лицевої ділянки: - будову верхньої та нижньої	Вміти пояснити будову органів та систем щелепно-лицевої ділянки. Вміти пояснити механічну

Фізіологія.	щелеп; - іннервацію та васкуляризацію цих ділянок; - будову лімфатичної системи голови та шиї; - будову м'язів голови та шиї; - будову органів голови та шиї.	взаємодію груп м'язів.
Топографічна анатомія і оперативна хірургія.	Знати топографію органів щелепно-лицевої ділянки.	Вміти пояснити топографію органів щелепно-лицевої ділянки. Вміти схематично зобразити лінії проходження переломів нижньої щелепи. Вміти схематично зобразити лінії проходження переломів верхньої щелепи за Ле Фор.
Біофізика.	Знати біомеханіку зубо-щелепної системи.	Вміти прогнозувати механічне навантаження, жувальне навантаження, при використанні різних методик лікування.
Медицина катастроф.	Знати об'єм медичної допомоги, що надається на кожному етапі евакуації.	Вміти пояснити основні принципи невідкладної допомоги потерпілим.
Променева діагностика.	Знати додаткові методи обстеження, які є найінформативнішими для діагностики переломів кісток лицевого скелету.	Вміти описати загальні рентгенологічні ознаки переломів кісток лицевого скелету.
Ортопедична стоматологія.	Знати види матеріалів та конструкцій, що застосовуються для ортопедичного лікування потерпілих з переломами щелеп.	Вміти охарактеризувати різні види шин та пояснити етапи їх виготовлення.
Фармакологія	Знати основні групи фармакологічних препаратів, які застосовують при невогнепальних переломах верхньої щелепи.	Вміти охарактеризувати механізм дії препаратів. Вміти призначати та розраховувати дози основних медичних препаратів, що застосовуються.
Внутрішньопроектна інтеграція:		
Тема 1. «Пропедевтика хірургічної стоматології»: ... Методика обстеження Щелепно-лицевої ділянки та шиї.	Знати методику проведення обстеження пацієнта із захворюваннями щелепно-лицевої ділянки.	Вміти провести суб'єктивне та об'єктивне обстеження хворого, призначити додаткові методи дослідження, заповнити відповідну медичну документацію.
Тема 3. «Пропедевтика хірургічної стоматології»: ... Загальне знечуження.	Знати види і покази до загального знечуження.	Вміти визначити покази до проведення оперативного втручання під наркозом.
Теми 4-9.«Пропедевтика хірургічної стоматології»: ...	Знати види і техніки місцевого знечуження.	Вміти проводити різні методики анестезій на верхній та нижній щелепах.

Провідникові методи знечулення щелеп і прилеглих тканин.		
Теми 6,7«Травматологія ЩЛД». Невогнепальні переломи нижньої і верхньої щелеп.	Знати класифікацію, клініку переломів нижньої і верхньої щелепи.	Вміти встановити діагноз хворому з пошкодженнями кісток лицевого скелету.

5. Література:

1. Навчальна

Основна

- 1.3. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; у 2т. – Т. 1 / В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін. – К.: ЛОГОС, 2011. – 669 с.
- 1.4. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; у 2т. – Т. 2 / В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін. – К.: ЛОГОС, 2011. – 606 с.
- 1.3. Стоматологія надзвичайних ситуацій з курсом військової стоматології: [підруч. Для студентів ВМНЗ III-IV рівнів акредитації] / Г.П.Рузін, В.П.Голік, О.В.Рибалов, С.Г.Демяник. – Харків: Торнадо, 2006. – С.90-98.
- 1.4. Тимофеев А. А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А. А. Тимофеев. – Київ: «Червона Рута-Турс», 2002. – 1024 с.

Додаткова

- 1.5. Рузін Г.П. Краткий курс лекций по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Геннадий Петрович Рузін – Киев: «Книга плюс», 2006 – С. 88-89.
- 1.6. Ломницький І. Я. Алгоритми практичних навичок з хірургічної стоматології / І. Я. Ломницький, А. В. Нетлюх, О. Я. Мокрик. – Львів : «ГалДент», 2008. – 152 с.
- 1.7. Мигович М.І. Місцеве знечулення тканин щелепно-лицевої ділянки. Львів, 1999.

2. Наукова

- 2.1. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии // под ред. В.М. Безрукова, Т. Г. Робустовой. – М.: Медицина, 2000.

3. Методична

- 3.1. Методичні рекомендації для підготовки до складання ліцензійних інтегрованого іспитів "Крок1", "Крок2", "Крок3" / Б. С. Зіменковський, М. Р. Гжегоцький, І. І. Солонинко, Р. З. Огоновський, Р. Б. Лесик, Ю. Я. Кривко, Б. В. Дибас. - Львів: Друкарня ЛНМУ ім. Данила Галицького, 2013. - 96 с.
- 3.2. Збірник тестових завдань для складання ліцензійного іспиту «Крок – 2 Стоматологія» // МОЗ України. Департамент кадрової політики, освіти і науки МОЗ України. Центр тестування при МОЗ України, 2011 - 28 с. (співавтори Гайдук Р. В., Федько В. В., Назаревич М. Р.) - 36 с.
- 3.3. Ускладнення травматичних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки: навч.-метод. посіб. для студ. стомат. факульт. вищих мед. навч. закладів IV рівнів акредитації та інтернів-стоматологів / Рибалов О.В., Ахмеров В.Д. – Полтава: ТОВ «Фірма «Техсервіс»», 2011. – С.6-9

СТРУКТУРА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

Підготовчий етап (30хв)

- *Організаційна частина заняття:* перевірка присутності, оцінка зовнішнього вигляду та форми одягу.

- *Повідомлення теми, мети заняття.*

Тема заняття: «Хірургічна підготовка порожнини рота до ортопедичного лікування. Операції на кістковій тканині: альвеолотомія, усунення екзостозів, вертикальна та горизонтальна аугментації альвеолярного відростка. Відкритий та закритий синус-ліфтинг: показання, методики проведення та модифікації.»

Мета заняття: вивчити клінічні ситуації, які унеможливають або перешкоджають проведенню повноцінного протезування зубів; загальні та місцеві лікувальні заходи хірургічної підготовки порожнини рота та альвеолярного паростка до дентальної імплантації та ортопедичного лікування.

Мотивація навчальної діяльності.

Хірургічна підготовка порожнини рота до протезування - це створення надійної опорної структури з кісткових і м'яких тканин для подальшого виготовлення та оптимального функціонування зубних протезів. Незважаючи на успішний розвиток стоматології, різноманітні новітні методи лікування зубів та захворювань пародонту, кількість пацієнтів, які потребують протезування зубів після їх втрати не зменшується. Лікар-стоматолог повинен бути обізнаний із заходами хірургічної підготовки порожнини рота та альвеолярного паростка, які є важливим етапом перед проведенням ортопедичного лікування та дентальної імплантації.

Матеріали методичного забезпечення підготовчого етапу заняття:

Питання до фронтального опитування:

1. Методи місцевої профілактики атрофії альвеолярного відростка щелеп після видалення зуба.
2. Покази до відкритої альвеолектомії та закритої черезслизової альвеолокомпресії.
3. Покази до остеопластики та способи її проведення.
4. Класифікація кістково-пластичних матеріалів.
5. Найбільш поширені сучасні кістково-пластичні матеріали, їх характеристики.
6. Покази до альвеолопластики та способи її проведення.
7. Методи збільшення висоти альвеолярних відростків щелеп.
8. Методи збільшення товщини альвеолярних відростків щелеп.
9. Цілі і завдання операції синус-ліфтингу. Відкритий та закритий синус-ліфтинг.
10. Покази до підняття дна порожнини носа, способи проведення підняття дна порожнини носа.
11. Покази до переміщення нижньощелепного нерва.
12. Методика видалення екзостозів, їх характеристика.
13. Місцеві та загальні лікувальні заходи при хірургічних втручаннях на альвеолярних відростках щелеп.

Основний етап: формування професійних навичок і вмінь (180 хв)

Проведення професійного тренінгу.

Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття:

Завдання хірургічної підготовки порожнини рота до протезування - це створення надійної опорної структури з кісткових і м'яких тканин для подальшого виготовлення та оптимального функціонування зубних протезів.

Причини відсутності опори для фіксації протезів в порожнині рота: 1. Атрофія альвеолярних паростків щелеп після видалення зубів. 2. Травма при видаленні зуба і втрата однієї зі стінок альвеоли. 3. Прогресування атрофії у зв'язку з системними захворюваннями та інволютивними процесами (остеопороз кісток у клімактеричному і постклімактеричному періодах). 4. Прогресування атрофії внаслідок використання протезів, особливо при їх ненадійній фіксації. 5. Атрофія альвеолярного паростка при захворюваннях маргінального періодонта. 6. Диспропорція альвеолярних паростків при атрофічних процесах щелеп. 7. Індивідуальні анатомічні особливості щелеп (виражений торус аномалій прикусу). 8. Зниження склепіння присінку порожнини рота, виражені вуздечки губ та язика, слизових і м'язових тяжів внаслідок атрофії альвеолярних паростків. 9. Рубцеві зміни слизової після видалення зубів, користування протезами, травм і операцій.

Підготовка хворого до передпротезної хірургії порожнини рота: 1. Скерування від лікаря-ортопеда.

2. Психологічна готовність хворого користуватися протезами, особливо знімними, а також до хірургічних втручань з цього приводу. 3. Проведення спільного обстеження і визначення відсутності загальних протипоказань до оперативних втручань. 4. Ретельне обстеження порожнини рота (оцінка змін м'яких тканин і кісткових утворень, які перешкоджають протезуванню). 5. Оцінка моделей щелеп і рентгенологічне обстеження.

Розрізняють операції на: кісткових тканинах щелеп; м'яких тканинах (слизова оболонка порожнини рота, м'язові пучки, окістя); периферичних гілках трійчастого нерва; підняття дна верхньощелепної пазухи (синус-ліфт), носа.

Хірургічну санацію порожнини рота після терапевтичного лікування зубів, захворювань слизової оболонки порожнини рота, вона є важливим компонентом підготовки до протезування. Різні клінічні ситуації унеможливають або заважають проведенню повноцінного протезування зубів – наявність опорнеспроможних зруйнованих зубів і їхніх коренів, наявність патологічно змінених тканин з ознаками запального процесу (кістогранульоми, кісти щелеп), дистопія опорних зубів, дефекти і атрофія альвеолярних відростків щелеп, мілкий присінок порожнини рота, короткі вуздечки язика і щік. Усі вони заважають виготовленню зубних протезів і тому підлягають корекції.

Хірургічна підготовка порожнини рота до протезування зубів передбачає проведення ретельного планування і виконання таких заходів загального і місцевого характеру: 1. Загальні лікувальні дії: загальне обстеження хворого, виявлення загальних соматичних протипоказань до обраного виду протезування, лікування загальних захворювань, або досягнення компенсованого стану хворого. 2. Місцеві лікувальні дії: видалення зруйнованих зубів і їх коренів, періапикальних гранулом, пухлин, кіст щелеп, ретенованих зубів, підготовку щелеп і їхніх альвеолярних відростків. Підготовку слизової оболонки для протезування.

Усі місцеві лікувальні заходи поділяють на 3 основні групи: А. традиційні лікувальні заходи з метою санації порожнини рота, які потрібно проводити з урахуванням подальшого протезування зубів. Б. Інженерія м'яких тканин порожнини рота перед протезуванням конкретним видом протезу. В. Інженерія кісткових структур щелеп перед протезуванням конкретним видом протезу. Г. Встановлення опор для зубних протезів (це може бути не потрібно при застосуванні знімних пластинкових протезів).

Традиційні лікувальні сануючі заходи. Ці заходи передбачають проведення типових оперативних втручань з метою оздоровлення пацієнта. Їх особливістю є необхідність забезпечити необхідну для протезування форму і функціональні спроможності кістки альвеолярного відростка щелеп і слизової оболонки. Місцева профілактика атрофії кістки альвеолярного відростка після операції видалення зуба полягає у: при видаленні зубів і коренів потрібно мінімально травмувати прилеглі тканини і кістку, періодонтотомію проводити глибше, зуб розхитувати обережно, не розламувати стінки ямки, відразу їх зіставляти і формувати раціональну форму альвеолярного відростка; запобігання можливості розвитку запальних та інших ускладнень; запобігання виникненню «сухої ямки», заповненню її кров'ю пацієнта з прилеглих тканин; закритті ямки клаптем слизової оболонки; можливим є раціональне заповнення ямки остеогенними тканинами й матеріалами.

Вкорочені вуздечка губ, щік та язика необхідно продовжити оперативним шляхом – розсічення або методом пластики трикутними клаптями слизової оболонки. Гострі краї ямок і міжкореневих перегородок раніше видалених зубів, екзостози альвеолярного відростка і щелеп, гострі краї і деформації стінок ямок виправляють методом відкритої альвеолектомії або закритої черезслизової альвеокомпресії.

Описано різні форми гребеня альвеолярного відростка щелеп, які є сприятливими або несприятливими для виготовлення знімних протезів. Сприятливими до протезування є трапецієподібна напівовальна. Напівкругла форма альвеолярного відростка. Несприятливими – трикутна з гострою вершиною, трикутна із зубчастою вершиною, шишкоподібна та шилоподібна. Всі вони потребують остеопластичної хірургічної корекції.

На беззубих ділянках щелеп відзначають дефекти альвеолярного відростка, які відповідно до запланованого виду зубного протеза потребують усунення і розподілені:

- клас I – буколінгвальна втрата кістки, нормальна висота альвеолярного відростка;
- клас II – втрата висоти альвеолярного відростка за нормальної буколінгвальної ширини;
- клас III – комбінована втрата висоти і ширини альвеолярного відростка.

Остеопластика. Виконують за наявності кісткових екзостозів, остеом, несприятливій для протезування зубів формі альвеолярного відростка, збільшеному торусі піднебіння та торусі нижньої щелепи, збільшені горба верхньої щелепи. Деякі з цих утворень бувають одно-, двобічними, або серединними. Видалення невеликого розміру екзостозів, збільшених торусів щелеп, проводять частіше в амбулаторних умовах під місцевим знеболення. Операції є типовими – розріз, оголення і видалення

новоутворення, ушивання рани.

Переміщення судинно-нервового пучка, якщо він знаходиться під слизовою оболонкою і може бути травмований базисом протеза – для пучка створюють нове кісткове ложе.

Альвеолопластика. Відновлення об'єму альвеолярного відростка щелеп, горба на верхній щелепі перед знімним протезуванням здійснюють різними матеріалами та методами: консервованим хрящем або кісткою; автологічною кісткою; гідроксиапатитом; демінералізованим кістковим трансплантатом (ДКТ), ДКТ і гідроксиапатитом.

Підготовчі операції перед уведенням зубних імплантів для фіксації зубних протезів. Ці операції є численними і передбачають, як правило збільшення висоти і ширини альвеолярного відростка щелеп, поліпшення якості наявної кістки.

Введення в тканин зубних імплантів - цю операцію виконують в залежності від конструкції імплантів, кількості, місця їх введення.

Реконструкція опорної кістки. У 60-х роках ХХ століття, П.І. Бранемарк (Швеція), показав, що титановий імплантат може міцно контактувати із поверхнею кістки завдяки явищу, яке він назвав «остеоінтеграція». Ознаки остеоінтеграції – нерухомість імплантату, щільний контакт із кісткою без ознак запалення, відсутність на рентгенограмі розриву між кісткою і імплантатом, нормальний стан прилеглих тканин. Відтоді стали значну увагу приділяти стану опорної для внутрішньокісткового імплантату кістки.

Для збільшення висоти альвеолярних відростків щелеп (опорної кістки) виконують: місцеві кістковопластичні операції – площинна остеотомія альвеолярного відростка або тіла нижньої щелепи, відкриті та закриті остеотомії, використання слизово-окісно-кісткових клаптів, вільне пересадження автологічної кістки (внутрішньоротові або позаротові трансплантати); спрямовану тканинну регенерацію – для цього застосовують розділювальні мембрани, формуючі металеві каркаси, різні матеріали для заповнення кісткових дефектів; вертикальну дистракцію альвеолярного відростка виконують спеціальними дистракційними апаратами, спеціальними дистракційними імплантатами або витягненням – дистракцією з ямки кореня зуба, який підлягає видаленню, причому ділянка альвеолярного відростка біля такого кореня збільшується в розмірах, а після досягнення кісткою необхідної величини цей корінь видаляють.

Збільшення товщини альвеолярного відростка щелеп досягають: розсіченням і розщепленням альвеолярного відростка долотами, вставленням у розщип кістки трансплантатів або відразу імплантів разом із заміщувальними кістку матеріалами; трансплантація вільних кісткових автологічних трансплантатів на різні поверхні альвеолярних відростків («блоки»); дистракцією альвеолярного відростка в поперечному напрямку.

Підняття дна верхньощелепової пазухи (синус-ліфтинг). Збільшення вертикального розміру альвеолярного відростка верхньої щелепи – операція показана при низькому розташуванні дна верхньощелепової пазухи. Синус-ліфтинг може бути відкритим, проведеним через передню стінку верхньощелепної пазухи, або закритим, проведеним через ямку зуба або отвір у кістці дна пазухи з використанням для відшарування слизової оболонки верхньощелепової пазухи і створення місця остеогенними матеріалами балонної техніки, спеціальних інструментів – тупих остеотомів.

Підняття дна порожнини носа. Виконують операцію збільшення альвеолярного відростка в ділянці порожнини носа при атрофії кістки в цій ділянці і необхідності введення тут ендосальних імплантів. Виконують операцію відкритим способом по перехідній складці рідше – через доступ з порожнини носа, або закритим способом – через альвеолярний відросток.

Переміщення нижньощелепного нерва є необхідним, коли нижньощелепний судинно-нервовий пучок заважає встановленню внутрішньокісткового зубного імпланту. Виконують операцію на всій протяжності тіла щелепи. Для цього розкривають нижньощелепний канал, оголюють судинно-нервовий пучок і на тримачах переміщують його назовні.

Інші операції можуть поєднувати елементи зазначенх операцій та прийомів у різних комбінаціях. Реконструкцію, інженерію опорних ділянок кісток та встановлення зубних імплантів можна проводити: по чергово – спочатку провести реконструкцію кістки, а за 2-6 міс., коли відбудеться органотипова перебудова кісткового трансплантата, виконати імплантацію; одномоментно виконати реконструкцію кістки та встановлення зубного імплантату; по чергово – спочатку виконати імплантацію, а в разі виникнення проблем провести додаткову реконструкцію кістки навколо імплантату.

Альвеолопластика. Покази: виявлення деформації альвеолярного паростка під час обробки післяопераційної рани після видалення одного або декількох зубів.

Техніка операції:

- 1) Відшаровування слизово-окісного клаптя для оголення ураженої ділянки кістки.
- 2) Усунення деформації по зовнішній, внутрішній поверхні альвеолярної дуги за допомогою кісткових кусачок, кісткового напилка, бора або фрези.

3) Повернення слизово-окісного клаптя на місце, накладання швів.

Внутрішньоперегородкова альвеолопластика. Покази: виступаюча міжальвеолярна перегородка, зміщення латеральної пластинки альвеолярного паростка, які виявлені під час операції видалення зуба.

Техніка операції. Проводиться видалення виступаючої або неадекватної міжальвеолярної перегородки і репозиція латеральної пластинки альвеолярного паростка верхньої щелепи або альвеолярної частини нижньої щелепи сильним натиском пальця.

Зменшення та корекція нерівної поверхні кістки альвеолярного паростка верхньої щелепи, альвеолярної частини нижньої щелепи. Покази: горбатість кістки, що перешкоджає нормальному протезуванню, яка обумовлена виступами кістки, надлишком, а також гіпертрофією м'яких тканин, які її вкривають.

Техніка операції.

1) Відшаровують слизово-окісний клапоть, оголюють з обох сторін альвеолярний паросток або альвеолярну частину щелепи.

2) Ділянки виступів, нерівностей та інших деформацій кістки видаляють кістковими кусачками, борами, фрезами.

3) При надлишку м'яких тканин їх висікають, рану ушивають вузловими кетгутувими швами або швами з поліамідної нитки.

При операції на верхній щелепі необхідно врахувати межу верхньощелепного синуса для уникнення пошкодження її дна. На нижній щелепі - слід звернути увагу на розташування підборідного отвору і судинно-нервового пучка, який виходить з нього.

Видалення екзостозів на верхній та нижній щелепах. Покази: наявність виражених екзостозів в ділянці верхньої та нижньої щелеп, що сприяють балансуванню протезів і травматизації слизової.

Техніка операції:

1) Проводять лінійний розріз по альвеолярній дузі або доповнюють його вертикальними розрізами, відкидаючи клапоть куто- або трапецієподібної форми.

2) Оголюють кожну ділянку деформованої кістки.

3) Екзостози видаляють кістковими кусачками або, іноді, збивають долотом за допомогою молотка. Гладку поверхню кістки - бором, фрезою.

4) Слизово-окісний клапоть укладають на місце і фіксують вузловим або безперервним швом.

Резекція ділянки альвеолярного паростка верхньої щелепи, альвеолярної частини нижньої щелепи. Покази: надлишок тканин, деформація кістки, відсутність місця для зубів-антагоністів.

Техніка операції.

1) На моделях визначають необхідний обсяг резекції кістки.

2) Рентгенологічно оцінюють розташування носової, верхньощелепної порожнини з метою уникнення їх пошкоджень під час операції.

3) Проводять лінійний розріз по альвеолярній дузі, потім додатково виконують вертикальні розрізи, відсепаровують куто- або трапецієподібний шматки.

4) Надлишок альвеолярної частини видаляють кістковими кусачками, долотом, а також борами, фрезами, що дозволяє згладити поверхню кістки. Ділянці надають необхідну форму для протезування.

5) Надлишок м'яких тканин видаляють з таким розрахунком, щоб краї рани були зближеними без натягу.

Видалення екзостозів в ділянці піднебінного валика твердого піднебіння. Покази: екзостози торуса - піднебінного валика, які деформують піднебінне склепіння.

Техніка операції.

1) Проводять розрізи по середній лінії піднебіння з послаблюючими розрізами під кутом 30-45° у передньому і дистальному кінцях.

2) В сторони відшаровують слизово-окісний клапоть, беруть його по краях на лігатури, оголюючи основу кісткового виступу. Кістковий виступ видаляють за допомогою долота й молотка, бором або фрезою.

3) Згладжують поверхню кістки і слизово-окісний клапоть укладають на місце, притискаючи пальцем до поверхні кістки м'які тканини.

4) Відсікають надлишок м'яких тканин і на рану, без натягу її країв, накладають вузлуваті шви.

Зменшення та видалення щелепно-під'язикової лінії. Покази: гострий гребінь щелепно-під'язикової лінії, виразка тонкої слизової оболонки, що вкриває гребінь щелепно-під'язикової лінії, перешкода при фіксації ортопедичної конструкції у зв'язку з наявністю прикріплених в цій ділянці м'язових волокон.

Техніка операції:

1) Проводять лінійні розрізи на верхівці гребеня з обох сторін на рівні премолярів, відшаровують слизову оболонку і окістя. Розріз і відшарування м'яких тканин роблять так, щоб не пошкодити язичний нерв.

2) Відсікають прикріплений м'яз у місці випинання або гострої поверхні лінії, залишаючи в середньому відділі частину м'язів, фасцію. Кістковими кусачками, бором і зубним рашпілем знімають виступаючу частину гребеня, згладжують кістку.

3) Бажано протез або шину надягти відразу після ушивання рани вузлуватими швами і відповідно з необхідним зниженням дна порожнини рота збільшити його оральний край.

Зменшення підборідного горбка і підборідного виступу. Покази: наявність виступаючого підборідного горбка або виступу, що є перешкодою для адекватної фіксації зубного протеза при атрофії нижньої щелепи.

Техніка операції:

1) Проводять розріз по альвеолярній дузі на рівні різців.

2) Відшаровують слизово-окісний клапоть з язичного боку, відсікають підборідно-язичний м'яз, і оголену ділянку підборідного горбка або виступу обережно видаляють долотом або кістковими кусачками, а бором згладжують поверхню кістки.

3) М'яз підшивають або залишають без фіксації так, щоб дно порожнини рота було знижене.

Видалення нижньощелепного валика. Покази: наявність виступаючих валиків на нижній щелепі, розташованих на внутрішній поверхні кістки відповідно до премолярів. Частіше збільшені торуси з обох сторін.

Техніка операції:

1) Проводиться розріз по гребеню альвеолярної частини довжиною 1-1,5 см з обох сторін щелепи на рівні премолярів.

2) Обережно відшаровують слизову оболонку з окістям (вони зазвичай дуже тонкі).

3) Бором формують жолобок у верхній частині торуса, який потім видаляють за допомогою долота й молотка.

4) Згладжують кістку і, уклавши слизову оболонку й окістя, проводять по їх поверхні пальцем, оцінюючи результат.

5) Рану ушивають вузлуватими або безперервними швами.

6) На язичну поверхню на місці операції і під'язичну ділянки накладають марлевий тампон, просочений йодоформною рідиною, маслом обліпихи, шипшини на 12-24 годин.

Хірургічні втручання при залишенні коренів зубів в альвеолах. Покази: профілактика атрофії щелеп і збереження оптимальних умов для протезування.

Техніка операції:

1) Проводиться ретельне клініко-рентгенологічне обстеження, якісно запломбовані зуби і корені спилують до поверхні кістки так, щоб глибина кишені ясенного краю була не більше 3 мм.

2) При наявності більш глибокої кишені і гіпертрофії ясен виконують гінгівектомію.

3) Мобілізувати тканини, корені закривають клаптем слизової оболонки і окістя і ушивають наглухо.

Операція формування високої та широкої альвеолярної дуги. Покази: достатня висота, але недостатня ширина альвеолярної дуги, наявність гострого краю в ділянці альвеолярної дуги, повна відсутність дуги до основи щелепи внаслідок значної резорбції останньої. Частіше використовують кісткову пластику аутокісткою або гребенем клубової кістки, а також гідроксиапатитом, комбінують їх.

I. Використання трансплантата з ауторедра. Техніка операції:

1) Заготовлюються два фрагменти ауторедра довжиною 15 см.

2) Один укладають на поверхню кістки з наданням йому форми зубної дуги; інший подрібнюють і обкладають його частками перший.

3) Трансплантат фіксують до основи щелепи швами з дроту.

Недоліки методу: досить складний, не завжди адекватний віку пацієнта, розрахований на тривалий час - від 3-5 місяців до функціонального протезування.

II. Використання гідроксиапатиту. Техніка операції:

- 1) Проводять симетричні розрізи слизової оболонки на дузі відповідно ікла або першого премоляра до кістки.
- 2) Створюють підокісний тунель до гілки щелепи, який заповнюють гідроксиапатитом в тій кількості, щоб були створені бажані висота, ширина і конфігурація альвеолярної частини й дуги.
- 3) Рани ушивають вузлуватими швами.
- 4) Для збереження форми альвеолярної частини і формування присінку порожнини рота рекомендують в післяопераційному періоді користуватися шинами (8-10 днів).

Переміщення нижньоальвеолярного нерва. Покази: значна атрофія альвеолярної частини нижньої щелепи, коли судинно-нервовий пучок, що виходить з підборідного отвору, знаходиться в ділянці зубної дуги; брак місця для введення імплантату.

Техніка операції:

- 1) Виконують розріз довжиною 4 см по альвеолярній дузі, іноді у передньому відділі - вертикальний.
- 2) Відкидають кутоподібної форми слизово-окісний клапоть. Відсепаровують судинно-нервовий пучок.
- 3) При видаленні кістки у вертикальному напрямку нерв переміщують донизу і укладають у створену борозну.
- 4) Нерв прикривають видаленою кортикальною пластинкою кістки або біоматеріалами.

Збільшення висоти альвеолярного відростка в ділянці проекції нижньої стінки верхньощелепної пазухи (синус-ліфт), dna носа. Покази: використання імплантатів при незначній висоті альвеолярного паростка в ділянці проекції нижньої стінки верхньощелепної пазухи, dna носа.

Техніка операції:

- 1) Проводиться розріз по перехідній складці в ділянці верхньої щелепи.
- 2) Відшаровується слизово-окісний клапоть в ділянці іклової ямки. Проводиться остеотомія передньої стінки пазухи.
- 3) Відшаровується слизова оболонка пазухи в ділянці нижньої стінки.
- 4) Між відшарованою слизовою оболонкою і нижньою стінкою пазухи вводиться препарат, що сприяє формуванню кісткової тканини (гідроксиапатиту, мембрани, аутокістка).
- 5) Рану ушивають наглухо.

• Алгоритми для формування професійних вмінь і навичок.

1. Скласти план передпротезної підготовки пацієнта.
2. Скласти план комплексного лікування та догляду за пацієнтом після місцевопластичного втручання.
3. Відпрацювати на фантомі техніку операції відкритого та закритого синус-ліфтингу.
4. Відпрацювати на фантомі техніку операції розщеплення альвеолярного гребеня.

• Практичні завдання, (типові, нетипові, непрогнозовані ситуації).

Індивідуальні завдання:

Завдання №1.

Що не відноситься для місцевої профілактики атрофії кістки альвеолярного відростка щелеп після видалення зуба?

- A. Запобігання можливості розвитку запальних та інших ускладнень.
- B. Запобігання виникненню "сухої лунки", заповнення її кров'ю пацієнта з прилеглих тканин.
- C. Закриття лунки клаптем слизової оболонки.
- D. Поглиблення мілкового присінку порожнини рота.

Завдання №2.

При обстеженні хворого перед протезуванням, виявлено гострі краї лунок і міжкореневих кісткових перегородок раніше видалених зубів. Які хірургічні методи лікування можна застосувати перед проведенням ортопедичного лікування?

- A. Метод відкритої альвеолектомії.
- B. Метод закритої альвеолектомії.

С. Метод відкритої черезслизової альвеолокомпресії.

Завдання для самостійної роботи та роботи в малих групах (інтерактивні методи навчання).

Хвора М. 53 р., скаржиться на неможливість користування частковими знімними протезами. Об'єктивно: часткова вторинна адентія верхньої та нижньої щелепи у дистальних відділах, кінцевий дефект. Пацієнтка хворіє цукровим діабетом II типу впродовж 25 років. В анамнезі генералізований пародонтит III ст.. Який план лікування Ви запропонуєте? Які методики хірургічного лікування можна запропонувати пацієнтці? Обґрунтуйте ваш вибір.

Заключний етап (30 хв)

Підведення підсумків заняття.

Матеріали методичного забезпечення заключного етапу заняття:

- *Мозковий штурм.*
Студентам демонструють вичерпний опис нестандартної клінічної ситуації та пропонують запропонувати найбільш раціональні методи діагностики. Після запису всіх запропонованих методів діагностики в ході дискусії студенти вибирають найбільш раціональний.
- *Надання завдань для самостійної роботи.*
Заповнити медичну документацію, скласти план обстеження пацієнта з відповідною клінічною ситуацією та визначити показання до застосування кістково-пластичної операції, скласти план післяопераційної курації пацієнта.
- *Оцінювання.*

Міністерство освіти і науки України
Державний вищий навчальний заклад
«Ужгородський національний університет»
Кафедра хірургічної стоматології та клінічних дисциплін

ЗАТВЕРДЖЕНО
на засіданні кафедри хірургічної стоматології
та клінічних дисциплін
Завідувач кафедри
к. мед. н., доц. Гема-Багіна Н. М.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

Курс V; Факультет Стоматологічний

Навчальна дисципліна: Хірургічна стоматологія

Тема № 11. Дентальна імплантація. Історія та основні етапи розвитку імплантології. Види імплантатів, матеріали для їх виготовлення. Принципи та методика одно- та двохетапної імплантації. Поняття про негайне та відтерміноване навантаження імплантатів. Ускладнення дентальної імплантації

ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ № 10

1. Тема заняття: «Дентальна імплантація. Історія та основні етапи розвитку імплантології. Види імплантатів, матеріали для їх виготовлення. Принципи та методика одно- та двохетапної імплантації. Поняття про негайне та відтерміноване навантаження імплантатів. Ускладнення дентальної імплантації».

Тривалість заняття 270 хв.

2. Навчальні цілі заняття:

➤ *фахові компетентності:*

1. Збирання медичної інформації про стан пацієнта.
2. Оцінювання результатів лабораторних та інструментальних досліджень.
3. Встановлення клінічного діагнозу стоматологічного захворювання.
4. Діагностування невідкладних станів.
5. Виконання медичних та стоматологічних маніпуляцій.
6. Організація та проведення стоматологічної диспансеризації осіб, що підлягають диспансерному нагляду.
7. Організація проведення лікувально-евакуаційних заходів.
8. Визначення тактики та надання екстреної медичної допомоги
9. Ведення медичної документації.
10. Опрацювання державної, соціальної та медичної інформації.

➤ *загальні компетентності:*

1. Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу; здатність вчитися і бути сучасно навченим.
2. Знання та розуміння предметної галузі та розуміння професії.
3. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.
4. Здатність спілкуватися державною мовою як усно, так і письмово; здатність спілкуватись другою мовою.
5. Навички використання інформаційних і комунікаційних технологій.
6. Здатність до пошуку, опрацювання та аналізу інформації з різних джерел.
7. Здатність до адаптації та дії в новій ситуації; здатність працювати автономно.
8. Вміння виявляти, ставити та вирішувати проблеми.
9. Здатність до вибору стратегії спілкування.
10. Здатність працювати в команді.
11. Навички міжособистісної взаємодії.
12. Здатність діяти на основі етичних міркувань (мотивів).
13. Здатність діяти соціально відповідально та громадянсько свідомо.

3. Методи навчання:

Підготовчий етап – фронтальне усне опитування.

Основний етап – практичний тренінг, рольова гра.

Заключний етап – мозковий штурм.

4. Міждисциплінарна інтеграція.

Дисципліни	Студент повинен знати	Студент повинен вміти
Попередні:		
Анатомія	Знати анатомічну будову верхньої та нижньої щелеп, їх васкуляризацію та іннервацію.	Вміти пояснити анатомічну будову верхньої та нижньої щелеп, їх васкуляризацію та іннервацію.
Гістологія	Знати гістологічну будову	Вміти пояснити

	слизової альвеолярних відростків щелеп.	гістологічну будову слизової альвеолярних відростків щелеп.
Топографічна анатомія	Знати топографію органів щелепно-лицевої ділянки.	Вміти пояснити топографію органів щелепно-лицевої ділянки.
Променева діагностика	Знати особливості рентгенологічних структур верхньої та нижньої щелеп.	Вміти використовувати сучасні методи рентгенологічного дослідження.
Фармакологія	Знати фармакокінетику препаратів, які призначаються пацієнтам у післяопераційному періоді при дентальній імплантації.	Вміти призначити схему медикаментозного лікування пацієнтам при дентальній імплантації.
Ортопедична стоматологія	Знати основні етапи відновлення зубних рядів на імплантатах.	Вміти пояснити основні етапи відновлення зубних рядів на імплантатах.
Внутрішньопредметна інтеграція:		
Тема 1. «Пропедевтика хірургічної стоматології»: ... Методика обстеження Щелепно-лицевої ділянки та шиї.	Знати методику проведення обстеження пацієнта із захворюваннями щелепно-лицевої ділянки.	Вміти провести суб'єктивне та об'єктивне обстеження хворого, призначити додаткові методи дослідження, заповнити відповідну медичну документацію.
Тема 4-9. «Пропедевтика хірургічної стоматології»: Місцеве знеболення.	Знати методику проведення місцевого знеболення при оперативних втручаннях в ЩЛД.	Володіти методиками місцевого знеболення при оперативних втручаннях в ЩЛД.
Тема 9. «Реконструктивно-відновна хірургія ЩЛД»: Підготовка альвеолярного паростка до імплантації.	Знати методи підготовки альвеолярного паростка до імплантації.	Володіти методиками підготовки альвеолярного паростка до імплантації.

5. Література:

1. Навчальна

Основна

1.5. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; у 2т. – Т. 2 / В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін. – К.: ЛОГОС, 2011. – 606 с.

Додаткова

1.2. Основи передпротезної хірургічної підготовки порожнини рота: Метод. розробка/ Готь І.М. [та ін.] – Львів: ГалДент, 2008.

1.3. Ломницький І. Я. Алгоритми практичних навичок з хірургічної стоматології / І. Я. Ломницький, А. В. Нетлюх, О. Я. Мокрик. – Львів : «ГалДент», 2008. – 152 с.

1.4. Мигович М.І. Місцеве знечуження тканин щелепно-лицевої ділянки. Львів, 1999.

2. Наукова

2.1. *Імплантація в незнімному протезуванні: монографія / Я. В. Заблоцький. – Львів: Галдент, 2006. – 156 с.*

3. Методична

3.1. Методичні рекомендації для підготовки до складання ліцензійних інтегрованого іспитів "Крок1", "Крок2", "Крок3" / Б. С. Зіменковський, М. Р. Гжегоцький, І. І. Солонинко, Р. З. Огоновський, Р. Б. Лесик, Ю. Я. Кривко, Б. В. Дибас. - Львів: Друкарня ЛНМУ ім. Данила Галицького, 2013. - 96 с.

3.2. Збірник тестових завдань для складання ліцензійного іспиту «Крок – 2 Стоматологія» // МОЗ України. Департамент кадрової політики, освіти і науки МОЗ України. Центр тестування при МОЗ України, 2011 - 28 с. (співавтори Гайдук Р. В., Федько В. В., Назаревич М. Р.) - 36 с.

СТРУКТУРА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

Підготовчий етап

- *Організаційна частина заняття:* перевірка присутності, оцінка зовнішнього вигляду та форми одягу.
- *Повідомлення теми, мети заняття.*

Тема заняття: «Дентальна імплантація. Історія та основні етапи розвитку імплантології. Види імплантатів, матеріали для їх виготовлення. Принципи та методика одно- та двохетапної імплантації. Поняття про негайне та відтерміноване навантаження імплантатів. Ускладнення дентальної імплантації.»

Мета заняття: вивчити покази і протипокази до дентальної імплантації, види імплантів, особливості обстеження пацієнтів перед проведенням дентальної імплантації, ускладнення під час і після проведення стоматологічної імплантації та їх лікування.

- *Мотивація навчальної діяльності.*

В останні роки імплантологія сформувалася як окрема галузь стоматології, яка розвивається швидкими темпами. Як у дентальній, так і у щелепно-лицевій імплантації важливу роль відіграє хірургічний етап. Лікар - стоматолог повинен знати покази, протипокази до імплантації, види імплантатів, об'єм обстеження перед проведенням дентальної імплантації, методики проведення імплантації, ускладнення після стоматологічної імплантації та їх лікування.

Матеріали методичного забезпечення підготовчого етапу заняття:

Питання до фронтального опитування:

1. Особливості обстеження пацієнтів перед проведенням дентальної імплантації.
2. Показання і протипоказання до дентальної імплантації.
3. Типи імплантатів.
4. Будову імплантатів:
 - а) за видом матеріалу;
 - б) за видом конструкції;
 - в) складові елементи імплантатів.
5. Опорні ділянки для імплантатів.
6. Типи кісткової тканини за щільністю (С.Е.Міш).
7. Функціональні навантаження на імплантати після їх встановлення.
8. Основні вимоги до конструкції та матеріалів імплантатів.
9. Види дентальної імплантації
10. Клінічні етапи імплантації.
11. Планування застосування методу протезування зубів з опорою на імплантати.

12. Методи ендосальної імплантації та особливості її проведення на верхній та нижній щелепах.
13. Головні критерії під час конструювання імплантатів.
14. Основні критерії оцінювання стану ендосального імплантату в кістці.
15. Основи лікарської тактики при використанні дентальних імплантатів.
16. Ускладнення під час та після імплантації та їх лікування.
17. Доцільність та недоцільність використання дентальних імплантатів.

Основний етап: формування професійних навичок і вмінь

Проведення професійного тренінгу.

Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття.

Стоматологічна імплантація - розділ стоматології, що вирішує проблеми відновлення анатомічної форми і функції різних ділянок зубощелепної системи за рахунок впровадження в тканині алопластичних матеріалів. За допомогою різних імплантатів можливо відновити безперервність щелеп, СНЩС, контури обличчя (щелепно-лицева імплантологія), або зубні дуги і окремі зуби (одонтоімплантологія).

Імплантат - конструкція з матеріалу небіологічного походження, яку впроваджують у тканини макроорганізму з метою протезування, або створення опори для фіксації протеза.

Показання до застосування зубних імплантатів як опори для зубних протезів

- 1) відсутність 1 зуба у фронтальному відділі зубних рядів;
- 2) обмежені включені дефекти фронтального відділу зубних рядів;
- 3) кінцеві одно-, двобічні дефекти зубних рядів за відсутності 3 і більше зубів;
- 4) повна адентія та атрофія альвеолярного відростка щелеп;
- 5) непереносимість зубних протезів;
- 6) захворювання травного тракту.

Протипоказання до застосування зубних імплантатів:

- абсолютні: 1) туберкульоз, ревматизм, некомпенсований цукровий діабет; 2) захворювання крові; 3) захворювання кісток; 4) захворювання центральної та периферичної нервової системи; 5) злоякісні пухлини;
- відносні: 1) пародонтит; 2) патологічний прикус; 3) незадовільна гігієна порожнини рота; 4) передракові захворювання; 5) дорогоцінні метали в порожнині рота; 6) захворювання СНЩС; 7) бруксизм.

Обстеження пацієнта має бути ретельним, комплексним і включати заповнення ним анкети, загальне і місцеве обстеження.

Типи зубних імплантатів:

- 1) Інсерт-імплантати
- 2) Ендодонто-ендосальні імплантати
- 3) Субперіостальні імплантати
- 4) Ендосальні імплантати
- 5) Ендосально-субперіостальні імплантати
- 6) Субмукозні імплантати.

Складові елементи дентальних імплантатів:

1. Внутрішньотканинна, опорна частина
2. Прилегла до слизової оболонки – пришикова
3. Внутрішньоротова – коронкова або супраструктура, абатмент.

За видом конструкції імплантати можуть бути:

1. Цільними
2. Розбірними
3. З опорною головкою для фіксації знімного протеза або опорної балки.

Прикладають функціональне навантаження на імплантати після їх установлення в щелепи в різні терміни після операції:

1. Негайно, через 3-5 год. після установки імплантату в щелепу.
2. Через 1-4 тиж. після операції, після загоєння рани.
3. Через 2-6 міс. після операції, після виникнення ефекту інтеграції імплантату.

Клінічні етапи протезування зубів з опорою на імплантати :

1-й етап - планування протезування зубів з опорою на імплантати, в якому бере участь команда фахівців: стоматолог-терапевт, хірург-стоматолог або щелепно-лицевий хірург, ортопед, гігієніст, зубний технік;

2-й етап - хірургічний - він передбачає проведення передпротезної (передімплантатної) хірургічної підготовки м'яких тканин і кісткових структур щелеп, установлення імплантатів (виконує хірург при спостереженні ортопеда);

3-й етап - ортопедичний - виготовлення та здача зубного протеза пацієнту (виконує ортопед, контролює хірург, гігієніст);

4-й етап - гігієнічний - починається після здачі протеза і передбачає довготривале ведення пацієнта після протезування зубним гігієністом (під контролем хірурга, ортопеда).

Методи встановлення ендосальних імплантатів за часом встановлення супраструктури і за ознакою сполучення кісткової рани з порожниною рота:

1) одноетапний метод - встановлення цільного імплантату з внутрішньо-кістковою і коронковою частиною, тобто з супраструктурою;

2) двохетапний метод (внутрішньокісткова частина імплантату і його коронка не сполучені між собою і з'єднуються гвинтом): перший етап - встановлення кореневої частини імплантату, другий - встановлення формувача ясен, який за 10-14 діб замінюють на коронкову частину імплантату, після чого знімають відбиток і виготовляють протези зубів. Це виконують через 2-7 міс. після першого етапу.

Безпосередня дентальна імплантація - методика, згідно з якою імплантат вводять у пусту ямку видаленого зуба відразу після видалення (негайна імплантація), через 10 діб (рання відтермінована імплантація) або через 30 діб (пізня відтермінована імплантація). Час у 10-30 діб потрібен для усунення, наприклад, запальних явищ у ділянці ямки видаленого зуба.

Основні критерії оцінювання стану ендосального імплантату в кістці:

1) рухомість імплантату; 2) нанесені кістці пошкодження, ступінь і темп атрофії кістки; 3) стан прилеглих до імплантату ясен; 4) глибина ясеневої кишені; 5) вплив імплантату на сусідні зуби; 6) ефективність функціонування; 7) зовнішній естетичний вид протеза й імплантату; 8) наявність інфекційного процесу навколо імплантату; 9) відношення (чи є вторгнення) імплантату до нижньощелепного каналу, верхньощелепної пазухи, порожнини носа, м'які тканини із втратою опороспроможності; 10) реакція пацієнта на імплантат та ін.

Ускладнення, які можуть виникати при імплантації:

1. Інтраопераційні: кровотеча (погрішності оперативної техніки, анестезії, оцінки передопераційного статусу, хронічні запальні процеси, погана підготовка хворого та ін.), перегрівання кістки і виникнення її опіку; перелом інструмента; перелом кортикальних пластинок кістки; ушкодження дна верхньощелепної пазухи, дна порожнини носа, нижньощелепного каналу; ушкодження або стискання нижньощелепного нерва; невідповідність клаптів м'яких тканин; невідповідність розмірів кісткового ложа і імплантату; відторгнення імплантату.

2. Ранні: надмірне інфікування кісткового ложа і розвиток запального процесу; прищелепні абсцеси й флегмони; гематоми оперованих м'яких тканин і кістки; парестезії; відторгнення імплантату.

3. Пізні: прогресуюча резорбція кісткової тканини понад стандартну (1 мм у перший рік і потім по 0,1 мм щорічно); остеомієліт унаслідок перегріву кістки (понад 47°C); penetрація дна верхньощелепної пазухи, порожнини носа, нижньощелепного каналу, сусідніх зубів; перимукозит; перімплантит; відторгнення імплантату

4. Загострення хронічних запальних процесів: гаймориту, остеомієліту альвеолярного відростка.

• *Алгоритми для формування професійних вмінь і навичок.*

1. Вміти обстежити хворого з частковими та повними дефектами зубних рядів, скласти план комплексного лікування із застосуванням дентальної імплантації.

2. Вміти аналізувати ортопантомограми, КТ з метою визначення ширини та висоти альвеолярних паростків щелеп, розміщення нижньощелепного каналу та дна верхньощелепної пазухи для вибору оптимальної довжини та діаметра імплантату.

3. Відпрацювати на фантомах техніку хірургічних етапів імплантації.

- *Практичні завдання, (типів, нетипів, непрогнозованих ситуацій).*

Індивідуальні завдання:

Завдання №1.

Хворому 58-ми років проведена операція на нижній щелепі по заглибленню внутрішньокісткових частин гвинтоподібних імплантатів за двофазною методикою. Через скільки місяців необхідно з'єднати кореневу частину імплантату з голівкою?

- A. 3-4
- B. 5-6
- C. 9-10
- D. 1-2
- E. 7-8

Завдання №2.

Які фактори не впливають на остеоінтеграцію імплантата?

- A. Вид знеболення
- B. Матеріал та форма імплантата
- C. Ступінь підготовки кісткового ложа
- D. Дотримання правил асептики
- E. Час.

Завдання для самостійної роботи та роботи в малих групах (інтерактивні методи навчання):

Пацієнт 43 років звернувся до хірурга-стоматолога з метою встановлення дентальних імплантатів на верхню щелепу. При вивченні зрізів верхньої щелепи було виявлено, що обсяг кістки до дна верхньощелепної пазухи становить 5,7 мм, товщина альвеолярного гребеня 5.7 мм. Визначте найбільш раціональне ведення даного пацієнта.

Заключний етап

Підведення підсумків заняття.

Матеріали методичного забезпечення заключного етапу заняття:

- *Мозковий штурм.*
Студентам демонструють вичерпний опис нестандартної клінічної ситуації та пропонують запропонувати найбільш раціональні методи діагностики.
Після запису всіх запропонованих методів діагностики в ході дискусії студенти вибирають найбільш раціональний.
- *Надання завдань для самостійної роботи.*
Опрацювати на фантомах техніку хірургічних етапів імплантації.
- *Оцінювання.*

Міністерство освіти і науки України
Державний вищий навчальний заклад
«Ужгородський національний університет»
Кафедра хірургічної стоматології та клінічних дисциплін

ЗАТВЕРДЖЕНО
на засіданні кафедри хірургічної стоматології
та клінічних дисциплін
Завідувач кафедри
к. мед. н., доц. Гема-Багіна Н. М.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

Курс V; Факультет Стоматологічний

Навчальна дисципліна: Хірургічна стоматологія

Тема № 12. «Тромбоцитарні концентрати. Класифікація. Методики виготовлення. Поняття про фактори росту та їх регенеративний потенціал. Можливості застосування тромбоцитарних концентратів та композицій на їх основі для регенерації м'яких тканин ЩЛД та стимуляції остеогенезу».

ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ № 11

1. Тема заняття: «Тромбоцитарні концентрати. Класифікація. Методики виготовлення. Поняття про фактори росту та їх регенеративний потенціал. Можливості застосування тромбоцитарних концентратів та композицій на їх основі для регенерації м'яких тканин ЩЛД та стимуляції остеогенезу».

Тривалість заняття 270 хв

2. Навчальні цілі заняття:

➤ *фахові компетентності:*

1. Збирання медичної інформації про стан пацієнта.
2. Оцінювання результатів лабораторних та інструментальних досліджень.
3. Встановлення клінічного діагнозу стоматологічного захворювання.
4. Діагностування невідкладних станів.
5. Виконання медичних та стоматологічних маніпуляцій.
6. Організація та проведення стоматологічної диспансеризації осіб, що підлягають диспансерному нагляду.
7. Організація проведення лікувально-евакуаційних заходів.
8. Визначення тактики та надання екстреної медичної допомоги
9. Ведення медичної документації.
10. Опрацювання державної, соціальної та медичної інформації.

➤ *загальні компетентності:*

1. Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу; здатність вчитися і бути сучасно навченим.
2. Знання та розуміння предметної області та розуміння професії.
3. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.
4. Здатність спілкуватися державною мовою як усно, так і письмово; здатність спілкуватись другою мовою.
5. Навички використання інформаційних і комунікаційних технологій.
6. Здатність до пошуку, опрацювання та аналізу інформації з різних джерел.
7. Здатність до адаптації та дії в новій ситуації; здатність працювати автономно.
8. Вміння виявляти, ставити та вирішувати проблеми.
9. Здатність до вибору стратегії спілкування.
10. Здатність працювати в команді.
11. Навички міжособистісної взаємодії.
12. Здатність діяти на основі етичних міркувань (мотивів).
13. Здатність діяти соціально відповідально та громадянсько свідомо.

3. Методи навчання:

Підготовчий етап – фронтальне усне опитування.
Основний етап – практичний тренінг, рольова гра.
Заключний етап – мозковий штурм.

4. Міждисциплінарна інтеграція.

Дисципліни	Студент повинен знати	Студент повинен вміти
Попередні:		
Анатомія	Знати анатомічну будову ЩЛД	Вміти пояснити анатомічну будову ЩЛД
Гістологія	Знати цитологічну і	Вміти пояснити

	гістологічну картину крові та кровотворної системи	цитологічну і гістологічну картину крові та кровотворної системи.
Фізіологія	Знати фізіологію крові.	Вміти пояснити фізіологію крові
Внутрішньопредметна інтеграція:		
Тема 1. «Пропедевтика хірургічної стоматології»: Методика обстеження порожнини рота, щелеп, обличчя та шиї.	Знати методику проведення обстеження пацієнта із захворюваннями щелепно-лицевої ділянки.	Вміти провести суб'єктивне та об'єктивне обстеження хворого, призначити додаткові методи дослідження, заповнити відповідну медичну документацію.
Тема 3. «Пропедевтика хірургічної стоматології»: Біль, його компоненти, провідні шляхи болю.	Знати компоненти та провідні шляхи болю.	Вміти пояснити компоненти та провідні шляхи болю.
Тема 2. «Реконструктивно-відновна хірургія ЩЛД»): Поняння про трансплантацію.	Знати способи оптимізації регенерації м'яких та твердих тканин ЩЛД	Вміти пояснити способи оптимізації регенерації м'яких тканин ЩЛД та стимуляції остеогенезу

5. Література:

1. Навчальна

Основна

- 1.6. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; у 2т. – Т. 2 / В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін. – К.: ЛОГОС, 2011. – 606 с.
- 1.2. Тимофєєв О.О. Щелепно-лицева хірургія: Підручник для мед. ун-тів, інст., акад. — 2-ге вид, випр. Затверджено МОН / О.О. Тимофєєв — К., 2017. — 752 с.

Додаткова

- 1.3. Алгоритми виконання практичних навичок з хірургічної стоматології: навч.-метод. посіб. для студентів стомат. ф-тів ВНЗ МОЗ України / Я. П. Нагірний [та ін.]. - Тернопіль: ТДМУ: Укрмедкнига, 2017. - 102 с.: іл.
- 1.4. Ломницький І. Я. Алгоритми практичних навичок з хірургічної стоматології / І. Я. Ломницький, А. В. Нетлюх, О. Я. Мокрик. – Львів : «ГалДент», 2008. – 152 с.

2. Наукова

- 2.1. Павленко О. В., Біда Р. Ю. плазма збагачена тромбоцитами: від фундаментальної науки до клінічної практики //Вісник проблем біології і медицини – 2016 – Вип. 2, Том 1 (128).- С. 241-244.

3. Методична

- 3.1.Методичні рекомендації для підготовки до складання ліцензійних інтегрованого іспитів "Крок1", "Крок2", "Крок3" / Б. С. Зіменковський, М. Р. Гжегоцький, І. І. Солонинко, Р. З. Огоновський, Р. Б. Лесик, Ю. Я. Кривко, Б. В. Дибас. - Львів: Друкарня ЛНМУ ім. Данила Галицького, 2013. - 96 с.

СТРУКТУРА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

Підготовчий етап

- *Організаційна частина заняття:* перевірка присутності, оцінка зовнішнього вигляду та форми одягу.
- *Повідомлення теми, мети заняття.*

Тема заняття: «Тромбоцитарні концентрати. Класифікація. Методики виготовлення. Поняття про фактори росту та їх регенеративний потенціал. Можливості застосування тромбоцитарних концентратів та композицій на їх основі для регенерації м'яких тканин ЩЛД та стимуляції остеогенезу».

Мета заняття: ознайомитись з сучасними поняттями про фактори росту та їх регенеративний потенціал, технологіями виготовлення тромбоцитарних концентратів Навчити студентів виготовляти тромбоцитарні концентрати.

- *Мотивація навчальної діяльності.*

В останні роки широкого застосування набуває використання тромбоцитарних концентратів. Завдяки низькій вартості, доступності та безпечності вони розглядаються як перспективний метод отримання аутологічних факторів росту та впливу на перебіг репаративних процесів у різних галузях медицини, зокрема, у стоматології та щелепно-лицевій хірургії.

Матеріали методичного забезпечення підготовчого етапу заняття:

Питання до фронтального опитування:

1. Поняття «тромбоцитарні концентрати».
2. Методики їх виготовлення.
3. Поняття про фактори росту та їх регенеративний потенціал.
4. Можливості застосування тромбоцитарних концентратів та композицій на їх основі для регенерації м'яких тканин ЩЛД.
5. Використання тромбоцитарних концентратів та композицій на їх основі для стимуляції остеогенезу у ЩЛД.

Основний етап: формування професійних навичок і вмінь

Проведення професійного тренінгу.

Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття.

Тромбоцитарні концентрати (ТК) або плазма, збагачена тромбоцитами (ПЗТ) є концентратом крові, що містить тромбоцити в кількості, що перевищує вихідне значення в 3-5 разів. При активації, тромбоцити змінюють свою форму і виділяють специфічні біологічні чинники, які індукують міграцію і проліферацію мезенхімальних клітин-попередників, стимулюють неоангіогенез і регенерацію, як в твердих, так і в м'яких тканинах, а також містять деякі білки плазми (фібриноген, протромбін та ін.), які впливають на процеси регенерації, будучи матрицею для міграції клітин. Потенціал використання плазми, збагаченої тромбоцитами в хірургії дуже великий, однак питання про методи приготування і якості одержуваного продукту залишаються недостатньо вивченими.

В 1934 році В. Ф. Войно-Ясенецький опублікував „Очерки гнойной хирургии”, де були описані методики аутогематотерапії, у вигляді інфільтрації цільної крові в вогнище запального процесу м'яких тканин. Позитивні результати і мінімум побічних ефектів на довгі роки зробили аутогематотерапію і аутосеротерапію допоміжними методами лікування, аж до початку ери антибіотиків. Наступним етапом у розвитку методів, що використовують аутокров, стало застосування плазми чистої крові, вільної від еритроцитів, але багатою тромбоцитами. Причиною застосування аутоплазми з багатим вмістом тромбоцитів стало відкриття того факту, що тромбоцити містять фактори (PRG-factors), які ініціалізують клітинний регенеративний процес.

Дослідження останніх років довели, що природним матеріалом, який має специфічні властивості та широкий спектр дії, зокрема може стимулювати процеси репарації, є збагачена тромбоцитами плазма крові. Спектр показань до застосування збагаченої тромбоцитами плазми дуже широкий і стосується багатьох галузей медицини. Цей метод широко застосовується в клініці хірургічної та імплантологічної стоматології в ролі самостійного матеріалу та в комбінації остеопластичними додатками мембрани або згустку.

Стратегія застосування аутоплазми полягає в покращенні і прискоренні процесів регенерації факторами росту, що містяться в тромбоцитах. Окрім цього, аутоплазма, що містить тромбоцити моделює і регенерує функцію первинних факторів росту. Дана властивість відрізняє фактори росту багаті на тромбоцити плазми від рекомбінантних факторів росту, кожний з яких відповідає за окремий механізм регенерації.

У тромбоцитах містяться наступні фактори росту:

- IGF (інсуліноподібний фактор росту);
- PDGF (тромбоцитарний фактор росту);
- EGF (епідермальний фактор росту);
- FGF (фібробластний фактор росту);
- TGFT (трансформуючий фактор росту);
- PDEGF (тромбоцитарний фактор росту ендотеліальних клітин);
- VEGF (ростковий фактор ендотелію судин);
- PLGF - 1/2 (плацентарний ростковий фактор), а також тромбосподин, остеонектин „культуральний шоківий протеїн”.

Фактори росту доставляють в тканини у ін'єкційній формі аутоплазму і концентруються шляхом введення великої кількості плазми, що стимулює формування фібробластів клітин сполучної тканини. Фібробласти, у свою чергу, виробляють колаген, гіалуронову кислоту та еластин. Цей процес призводить до формування „молодої” сполучної тканини, росту капілярів. Фактори росту також блокують остеокласти і стимулюють проліферацію остеобластів, що зменшують процеси розрідження кісткової тканини, але сприяють її відновленню. Запускаючи всі ланки природних процесів регенерації одночасно і впливаючи на них синергетично, аутоплазма, що містить тромбоцити, є безпечним і біологічним „інструментом”, який прискорює регенеративні процеси Застосування ін'єкцій аутоплазми з підвищеним вмістом тромбоцитів – це один із перспективних напрямків в стоматології, який дозволяє зменшити запальні процеси ясен, їх кровоточивість та больовий синдром. Це ефективний і надійний метод відновлення м'яких і твердих тканин при проведенні імплантологічних, пародонтологічних операцій, остеопластики та інших хірургічних втручань у порожнині рота. Показами до введення аутоплазми є гінгівіт, локалізований пародонтит, операція видалення зуба, операції імплантації з метою профілактики захворювання пародонта. Даний метод не виключає призначення антибактеріальних, протизапальних, протинабрякових та імуностимулюючих препаратів.

Для отримання ТК досить забрати у пацієнта за допомогою венепункції 45-60 мл крові. Така незначна крововтрата ніяк не впливає на стан здоров'я, не вимагає ніякого лікування або зміни способу життя. Для виділення тромбоцитів з нативної крові, центрифуга повинна працювати в два етапи. На першому етапі еритроцити відділяються від плазми і лейкоцитів з тромбоцитами. Під час другого етапу відбувається остаточне розділення плазми, лейкоцитів і тромбоцитів з незначною кількістю еритроцитів на ТК і бідну тромбоцитами плазму (наявність невеликої кількості еритроцитів в ТК неминуче, тому що молоді і найбільш активні тромбоцити знаходяться разом з найлегшою фракцією еритроцитів. Останні і надають ТК червоне забарвлення. Тромбоцити самі по собі мають солом'яно-жовте забарвлення. При одноетапному поділі крові істинного ТК не утворюється. Замість цього виходить суміш багаті і бідної тромбоцитами плазми з вкрай низькою концентрацією тромбоцитів. Незалежно від швидкості обертання центрифуги і часу центрифугування поділ еритроцитів і тромбоцитів за один етап неможливо. Згортання крові супроводжується активацією тромбоцитів, останні при цьому вивільняють фактори росту. Протягом перших 10 хв. тромбоцити секретують близько 70% факторів росту з тих, які в них знаходяться. Повне вивільнення факторів росту відбувається протягом години. Після цього тромбоцити продовжують синтезувати додаткову кількість

чинників зростання протягом приблизно 8 днів, після чого тромбоцити гинуть. Таким чином, ПЗТ повинна бути активована безпосередньо перед використанням і ні в якому разі заздалегідь.

Застосування ТК є ефективним і надійним методом відновлення різних типів тканин після їх пошкодження і дозволяє значно підвищити ефективність багатьох методів лікування. На сьогоднішній день застосування ПЗТ є „золотим стандартом” в косметології завдяки високій безпечності. Плазма багата гормонами, ферментами, мінералами, вітамінами. Збагачуючи плазму тромбоцитами, ми вносимо велику кількість факторів росту, які стимулюють процеси регенерації шкіри – вироблення фібробластами колагену, еластину, гіалуронової кислоти. Використання аутологічної крові виключають будь-які алергічні реакції, а також реакцію відторгнення.

Плазма збагачена тромбоцитами може бути змішана з кістковим матеріалом, нанесеною на ложе перед застосуванням кісткового матеріалу чи використана у вигляді біологічної мембрани. У будь-якому випадку, ПЗТ повинна бути коагульованою *extempore* (тобто безпосередньо перед використанням) . Згортання крові супроводжується активацією тромбоцитів, які при цьому вивільняють фактори росту. Мембрана із ПЗТ є результатом активації факторів згортання. Вони активують тромбоцити, тобто стимулюють викид тромбоцитами факторів росту. Плазма збагачена тромбоцитами після активації – це і свіжий згорткок, і рідина, яка над ним знаходиться. Природньою функцією тромбоцитів є ініціація процесу загосення і гомеостазу, тому при формуванні кров'яного згортка всі тромбоцити, які є в ньому, так і залишаються, а у сироватці тромбоцитів не буде.

Вибір антикоагулянтів на сьогоднішній день є надзвичайно великим, не дивлячись на те, що тільки два із них можуть підтримувати метаболізм тромбоцитів і забезпечувати виділення їх, не зруйнувавши. Цитратний антикоагулянт з декстрозою (ACD-A) найбільш часто використовують у приготуванні ПЗТ. Цитрат зв'язує іони кальцію, завдяки чому кров не згортається, а декстроза і буфери підтримують метаболізм тромбоцитів. Саме цей коагулянт використовується в банках крові для зберігання тромбоцитарної маси, яку використовують для інфузій. Цитрат фосфат декстрозний антикоагулянт (CPD) також може бути використаний, однак у порівнянні з ACD-A, він на 10 % менш ефективно підтримує метаболізм тромбоцитів.

- *Алгоритми для формування професійних вмінь і навичок.*

1. Оволодіти методикою виготовлення тромбоцитарних концентратів.
2. Навчитись виявляти показання до застосування тромбоцитарних концентратів.
3. Скласти план обстеження пацієнтів та комплексного їх лікування із застосуванням тромбоцитарних концентратів

Практичні завдання, (типові, нетипові, непрогнозовані ситуації).

Індивідуальні завдання:

Завдання №1.

Які фактори росту містяться у тромбоцитах?

- A. FGF (фібробластний фактор росту);
- B. TGFT (трансформуючий фактор росту);
- C. PDEGF (тромбоцитарний фактор росту ендотеліальних клітин);
- D. VEGF (ростковий фактор ендотелію судин);
- E. Усі вищеперечислені

Завдання №2.

Яку кількість крові треба забрати у пацієнта для виготовлення тромбоцитарних концентратів?

- A. 45-60 мл
- B. 70-80 мл
- C. 30-50 мл
- D. 100 мл

Завдання для самостійної роботи та роботи в малих групах (інтерактивні методи навчання):

Хворому М., 48 р. встановлено діагноз: радикулярна кіста в ділянці 44, 45, 46, 47 зубів. Складіть план лікування з використанням тромбоцитарних концентратів.

Заключний етап

Підведення підсумків заняття.

Матеріали методичного забезпечення заключного етапу заняття:

- *Мозковий штурм.*

Студентам демонструють вичерпний опис нестандартної клінічної ситуації та пропонують запропонувати найбільш раціональні методи діагностики.

Після запису всіх запропонованих методів діагностики в ході дискусії студенти вибирають найбільш раціональний.

- *Надання завдань для самостійної роботи.*

Опрацювати на фантомах техніку хірургічних етапів імплантації.

- *Оцінювання.*

Міністерство освіти і науки України
Державний вищий навчальний заклад
«Ужгородський національний університет»
Кафедра хірургічної стоматології та клінічних дисциплін

ЗАТВЕРДЖЕНО
на засіданні кафедри хірургічної стоматології
та клінічних дисциплін
Завідувач кафедри
к. мед. н., доц. Гема-Багіна Н. М.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

Курс V; Факультет Стоматологічний

Навчальна дисципліна: Хірургічна стоматологія

Тема № 13. Естетична хірургія ЩЛД. Вікові зміни м'яких тканин обличчя та шиї. Контурна пластика обличчя. Методики ін'єкційного введення ботулотоксину, філерів, тромбоцитарних концентратів для корекції вікових змін та усунення естетичних недоліків обличчя.

ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ № 12

1. Тема заняття: «Естетична хірургія ЩЛД. Вікові зміни м'яких тканин обличчя та шиї. Контурна пластика обличчя. Методики ін'єкційного введення ботулотоксину, філерів, тромбоцитарних концентратів для корекції вікових змін та усунення естетичних недоліків обличчя».

Тривалість заняття 270 хв

2. Навчальні цілі заняття:

➤ *фахові компетентності:*

1. Збирання медичної інформації про стан пацієнта.
2. Оцінювання результатів лабораторних та інструментальних досліджень.
3. Встановлення клінічного діагнозу стоматологічного захворювання.
4. Діагностування невідкладних станів.
5. Виконання медичних та стоматологічних маніпуляцій.
6. Організація та проведення стоматологічної диспансеризації осіб, що підлягають диспансерному нагляду.
7. Організація проведення лікувально-евакуаційних заходів.
8. Визначення тактики та надання екстреної медичної допомоги
9. Ведення медичної документації.
10. Опрацювання державної, соціальної та медичної інформації.

➤ *загальні компетентності:*

1. Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу; здатність вчитися і бути сучасно навченим.
2. Знання та розуміння предметної області та розуміння професії.
3. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.
4. Здатність спілкуватися державною мовою як усно, так і письмово; здатність спілкуватись другою мовою.
5. Навички використання інформаційних і комунікаційних технологій.
6. Здатність до пошуку, опрацювання та аналізу інформації з різних джерел.
7. Здатність до адаптації та дії в новій ситуації; здатність працювати автономно.
8. Вміння виявляти, ставити та вирішувати проблеми.
9. Здатність до вибору стратегії спілкування.
10. Здатність працювати в команді.
11. Навички міжособистісної взаємодії.
12. Здатність діяти на основі етичних міркувань (мотивів).
13. Здатність діяти соціально відповідально та громадянсько свідомо.

3. Методи навчання:

Підготовчий етап – фронтальне усне опитування.

Основний етап – практичний тренінг, рольова гра.

Заключний етап – мозковий штурм.

4. Міждисциплінарна інтеграція.

Дисципліни	Студент повинен знати	Студент повинен вміти
Попередні:		
Анатомія	Знати анатомічну будову щелепно-лицевої ділянки	Вміти пояснити анатомічну будову щелепно-лицевої ділянки.
Гістологія	Знати гістологічну будову шкіри та її похідних.	Вміти пояснити гістологічну будову шкіри

		та її похідних.
Топографічна анатомія	Знати межі та пошарову будову топографічних ділянок обличчя.	Вміти пояснити межі та пошарову будову топографічних ділянок обличчя.
Патологічна фізіологія	Визначати етіологію та патогенез раневого процесу.	Вміти пояснити етіологію та патогенез раневого процесу.
Внутрішньопредметна інтеграція:		
Тема 1. «Пропедевтика хірургічної стоматології»: ... Методика обстеження порожнини рота, щелеп, обличчя та шиї.	Знати методику проведення обстеження пацієнта із захворюваннями щелепно-лицевої ділянки.	Вміти провести суб'єктивне та об'єктивне обстеження хворого, призначити додаткові методи дослідження, заповнити відповідну медичну документацію.
Тема 4-9. «Пропедевтика хірургічної стоматології»): Місцеве знеболення.	Знати методику проведення місцевого знеболення при оперативних втручаннях в ЩЛД.	Володіти методиками місцевого знеболення при оперативних втручаннях в ЩЛД.
Тема 2. «Реконструктивно-відновна хірургія ЩЛД»: Принципи планування пластичних операцій.	Знати принципи планування пластичних операцій.	Вміти планувати пластичні операції.

5. Література:

1. Навчальна

Основна

- 1.7. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; у 2т. – Т. 2 / В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін. – К.: ЛОГОС, 2011. – 606 с.
- 1.8. Пластична та реконструктивна хірургія. /Аветіков Д.С., Соколов В.М., Ахмеров В.Д., Ставицький С.О., Буханченко О.П.Підручник. - Полтава, АСМІ, 2012, - 572 с.

Додаткова

- 1.3. Алгоритми виконання практичних навичок з хірургічної стоматології: навч.-метод. посіб. для студентів стомат. ф-тів ВНЗ МОЗ України / Я. П. Нагірний [та ін.]. - Тернопіль: ТДМУ: Укрмедкнига, 2017. - 102 с.: іл.
- 1.4. Ломницький І. Я. Алгоритми практичних навичок з хірургічної стоматології / І. Я. Ломницький, А. В. Нетлюх, О. Я. Мокрик. – Львів : «ГалДент», 2008. – 152 с.
- 1.5. Мигович М.І. Місцеве знечуження тканин щелепно-лицевої ділянки. Львів, 1999.

2. Наукова

- 2.1. Пластична хірургія: Підручник для мед. ВНЗ IV рів. акред. / За ред. Е.Я. Фесталя. — К., 2010. — 376 с

3. Методична

- 3.1.Методичні рекомендації для підготовки до складання ліцензійних інтегрованого іспитів "Крок1", "Крок2", "Крок3" / Б. С. Зіменковський, М. Р. Гжегоцький, І. І. Солонинко, Р. З. Огоновський, Р. Б. Лесик, Ю. Я. Кривко, Б. В. Дибас. - Львів: Друкарня ЛНМУ ім. Данила Галицького, 2013. - 96 с.

3.2. Збірник тестових завдань для складання ліцензійного іспиту «Крок – 2 Стоматологія» // МОЗ України. Департамент кадрової політики, освіти і науки МОЗ України. Центр тестування при МОЗ України, 2011 - 28 с. (співавтори Гайдук Р. В., Федько В. В., Назаревич М. Р.) - 36 с.

СТРУКТУРА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

Підготовчий етап

- *Організаційна частина заняття:* перевірка присутності, оцінка зовнішнього вигляду та форми одягу.
- *Повідомлення теми, мети заняття.*

Тема заняття: «Естетична хірургія ЩЛД. Вікові зміни м'яких тканин обличчя та шиї. Контурна пластика обличчя. Методики ін'єкційного введення ботулотоксину, філерів, тромбоцитарних концентратів для корекції вікових змін та усунення естетичних недоліків обличчя.»

Мета заняття: вивчити вікові зміни тканин обличчя, основи естетичної хірургії обличчя та етіологію, клініку, діагностику, методи лікування зморшок обличчя і шиї.

Мотивація навчальної діяльності.

Завданням естетичної хірургії є усунення дефектів (вроджених і набутих) та вікових змін обличчя і шиї, створення гармонізації змін органів обличчя з навколишніми тканинами. Старіння організму людини, у тому числі тканин обличчя – біологічно запрограмований процес. З віком у людини з'являється все більше хронічних загальних соматичних захворювань, які негативно впливають на загальний стан здоров'я та на зовнішній вигляд людини, зокрема обличчя. Пластична, естетична або косметична хірургія щелепно-лицевої ділянки має за мету усунення хірургічними методами небажаного для пацієнта вигляду старого, стомленого, старечого обличчя, що виникає внаслідок природних процесів.

Матеріали методичного забезпечення підготовчого етапу заняття:

Питання до фронтального опитування:

1. Мета та завдання естетичної хірургії обличчя.
2. Етіологія вікових змін обличчя.
3. Типи та стадії старіння обличчя.
4. Головні принципи виконання й види пластичних операцій на обличчі.
5. Усунення зморшок всього обличчя та шиї.
6. Усунення зморшок різних відділів обличчя.
7. Корекція форми носа.
8. Корекція форми вушних раковин.
9. Естетична ліпосакція.
10. Хімічний пілінг.
11. Механічне, лазерне шліфування шкіри.
12. Контурне моделювання обличчя.
13. Застосування ботулінічного токсину А, філерів та тромбоцитарних концентратів.

Основний етап: формування професійних навичок і вмінь

Проведення професійного тренінгу.

Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття.

Естетичну хірургію можна розглядати двояко: і як завершальні хірургічні втручання після великих реконструктивно-відновних операцій, і як спеціальну галузь.

В естетичній хірургії застосовуються методи загальної пластичної хірургії: висічення рубців і закриття раневих дефектів поверхневих тканин прямим з'єднанням країв, місцева пластика, переміщення клаптів і вільна трансплантація шкірних або комбінованих клаптів.

Покази можуть бути абсолютні (при наявності виражених і дуже помітних косметичних дефектів) та відносні (недоліки незначно виражені і малопомітні).

Завданням естетичної хірургії обличчя, щелепно-лицевої ділянки є оцінювання параметрів обличчя та корекція кісткових і м'яких тканин. Естетична хірургія обличчя використовує всі можливості щелепно-лицевої хірургії, а також межує із оториноларингологією, очною хірургією, дерматологією. Старіння організму людини, у тому числі тканин обличчя — біологічно запрограмований процес. З віком у людини з'являється все більше хронічних загальних соматичних захворювань, які негативно впливають на загальний стан здоров'я та на зовнішній вигляд людини, зокрема на обличчя.

Впливають на вигляд людини, стан шкіри ендогенні та екзогенні фактори — зміни обміну речовин, порушення діяльності нервової, гормональної системи, мікроциркуляції тощо. Сонячні промені, зайве тепло, холод, вітер, впливають на шкіру, вона стає сухою, тонкою, в'ялою, мімічні м'язи при скороченні утворюють шкірні складки, і де вони утворюються частіше, там виникають борозни або зморшки поперечно до напрямку скорочення мімічних м'язів. Підшкірна жирова клітковина і кістки обличчя з віком зменшуються в розмірах, шкіра втрачає здатність скорочуватися, що призводить до відвисання шкіри, утворення складок, з'являється «подвійне підборіддя».

Стадії старіння:

Рання стадія: передчасне старіння і рання форма природного старіння. Серед них :

- перший тип характеризується «втомленим обличчям», тобто зниженням пружності м'яких тканин обличчя і шиї;
- другий тип — це «зморшкувате обличчя» з мілкими зморшками;
- третій тип — це «деформоване обличчя» зі старечою деформацією обличчя і шиї;
- четвертий тип — комбінований тип з включенням трьох попередніх ознак;
- п'ятий — м'язовий тип

Пізня стадія старіння включає в себе середню і пізню форми природного старіння, створює шостий тип, у вигляді «старечого виснаженого обличчя».

За першим типом старіють люди із середнім положенням між широким і вузьким обличчям, з нормальною в молодості та помірно сухою шкірою в середньому віці, з середньою вираженістю підшкірно-жирового і м'язового шару. У цей період починається увядання тканин, але постійних зморшок ще немає. Форма обличчя зберігається без змін, хоча вже зникає його юнацька округлість.

Для другого типу старіння головним є зморшки. Він є характерним для вузьких овальних облич астеніків, осіб зі слабко розвинутою підшкірною жирОВОЮ клітковиною, сухою тонкою шкірою обличчя. За конституцією ці особи не схильні до повноти, а тому у віці 35—45 років мають стабільну вагу.

Третій тип старіння переважає в осіб пікнічного складу, з жирною пористою шкірою і крупними рисами обличчя. Вони схильні до повноти вже у 35 років, у них збільшений підшкірний жировий шар, довго зберігається округлість форм обличчя, відсутні зморшки. Але з часом під силою ваги жирова клітковина переміщується вниз, щоки зміщуються і відвисають, змінюється овал і форма нижньої частини обличчя, деформуються тканини навколо ротової щілини, поглиблюються носо-щічні складки, виникає друге підборіддя, зміни навколо очей. Домінуючою ознакою є деформація м'яких тканин, яка призводить до змін форми обличчя.

Четвертий (комбінований) тип старіння виникає в осіб з помірно розвинутою підшкірною жирОВОЮ клітковиною, помірно тонкою шкірою та сухістю шкіри.

П'ятий тип старіння є характерним для осіб з розвинутими м'язами обличчя, помірно вологою та жирною шкірою, важко зміщеною відносно підлеглих тканин. Процес старіння в них відбувається за типом гіпотрофії і атрофії шкіри та м'язів, без стадії гіпертрофії підшкірної жирОВОЮ клітковиною, ці особи старіють пізніше за інших. За цим типом старіють японці, монголи, жителі Середньої Азії.

Шостий тип старіння настає після 75 років життя, коли явно виявляються головні і вторинні ознаки старіння.

Описані вікові зміни в кістковому черепі і м'яких тканинах голови та обличчя значно змінюють загальний вигляд і форму окремих частин обличчя. Западають щоки, очі, рот, скроні, виступає вперед ніс, підборіддя, виличні і надбрівні дуги. Змінюються пропорції обличчя — нижня частина зменшується, ніс та вушні раковини збільшуються. Атрофія жирової клітковини й зниження висоти прикусу призводять до відвисання розтягнутої шкіри навколо рота і в ділянці щік, різко виділяються носо-губні та щічно-підборідні складки, усі зморшки. Губи стоншуються, змінюють форму і колір. Усе це дає деформацію обличчя, змінює до невпізнання його загальний вигляд і форму.

Головні принципи виконання більшості відкритих пластичних, естетичних, «омолоджувальних» операцій на обличчі:

- Розріз шкіри у малопомітних місцях.
- Широке відшарування шкіри, інших підлеглих тканин.
- Переміщення шкіри і тканин у нове положення.
- Відсутність натягу шкіри або помірний її натяг.
- Висічення надлишків шкіри потрібної величини.
- Пошарове ушивання рани з усуненням розтягування шкірою накладених на неї швів.
- Мінімальне травмування тканин.

Для усунення зморшок висікають надлишки в'ялої шкіри і накладають стягуючі шви. При наявності зморшок і складок в ділянці зовнішніх кутів очей, щік, привушної і заушної ділянок, відвисанні тканин підборідкової ділянки, надлишках шкіри верхньої і середньої треті обличчя проводиться кругова операція – повна підтяжка або повний ліфтинг. У молодих осіб може бути проведена часткова підтяжка окремих ділянок обличчя або шкіри (міні-ліфтинг). Операції з приводу усунення зморшок проводяться найчастіше під загальним знеболенням, інколи застосовується нейролептаналгезія. Існують методи Міхельсона, Тимофєєва. Для усунення *горизонтальних* зморшок і складок шкіри обличчя проводиться хірургічне лікування (підтяжка і висікання надлишку шкіри). При наявності *вертикальних* зморшок чола проводять введення гелю під їх основу.

Вікові зміни в ділянці повік характеризуються стоншенням шкіри, її складчастістю з нависанням над віями. Такі ж зміни можуть бути не лише віковою патологією, а зустрічатись у дітей із генетичною схильністю, гіпертрофією кругового м'яза ока або бути ознакою захворювань нирок або серцево-судинної системи. Видалення надлишків шкіри повік (естетична верхня і нижня блефаропластика). Визначається кількість шкіри, яку треба видалити. Розріз проводять по ходу фізіологічної складки. Для видалення складок нижніх повік роблять розріз нижче вій від внутрішнього до зовнішнього кута ока з переходом у природню складку. Шви на повіках знімають на 3-4 добу після операції.

Естетична отоластика проводиться при стирчачих вухах (клаповухості), зміні розмірів та форми вушної раковини. Патологічні форми вуха: сплющені або котячі, гостроконечні, кутоподібні. При клаповухості проводять 2 розрізи шкіри на задній поверхні вушної раковини, висікають фрагмент хряща.

Корекція деформацій носа проводиться з приводу викривлень носа, западання його спинки, наявності вистоячого, звисаючого, розширеного, сплющеного, роздвоєного кінчиків носа.

Завданнями риноластики є вирівнювання спинки носа й звуження її, вкорочення, звуження та зміна конфігурації кінчика носа. Оперативні доступи: зовнішні й внутрішні. Розріз типу «пташки»: основа якого знаходиться на шкірній частині перегородки носа. Після того як зроблено розріз, проводиться відшарування хрящів і кістки (підокістно) від шкіри на всю довжину. Кісткова горбинку видаляється за допомогою остеотома з наступною обробкою рашпілем. Зменшення висоти кісткової стінки виконують остеотомом. При роздвоєному кінчику носа резекують місце між медіальними ніжками великих крильних хрящів. Сідловидна деформація спинки носа усувається методом хондрориноластики (підсадка хряща). У післяопераційному періоді накладається пов'язка із колодію.

Упродовж останнього десятиліття помітний прогрес галузі біоматеріалів і розробки імплантатів для обличчя розширив сферу їх застосування в естетичній хірургії і запропонував

готові рішення для заміщення тканин, запобігання ускладненням в донорському матеріалі і зменшення складності самій операції. Імплантати в хірургії обличчя зараз використовуються для збільшення скелетних структур, для відновлення рис обличчя шляхом збільшення ділянок з втратою об'єму, а також в комбінації з ритидектомією або іншими операціями, як частина комплексного підходу до омолодження обличчя. Сфера застосування імплантатів включає збільшення щік для зменшення ефекту гіпоплазії виличних виступів : - збільшення нижньої щелепи для створення сильніших рис і кращого співвідношення ніс - підборіддя; - корекцію тіла і кута нижньої щелепи для збільшення виразності за рахунок розширення фронтального розміру; - імплантацію під вилицеве підвищення і в середню ділянку обличчя для заповнення впадин і виділення сплющень, що утворюються на обличчі в ході процесу природного старіння; - введення імплантатів тільки в спинку носа або в спинку носа і колумелу; - імплантацію на передню поверхню верхньої щелепи, під грушеподібним отвором, для корекції зміщення середньої третини обличчя назад.

Застосування ботулінічного токсину

У косметології застосовують ботулінічний нейротоксин А (ВТХ-А) високого розведення, який викликає тимчасовий параліч поперечно-полосатих м'язів, нервово-м'язову блокаду в ділянці введення та не призводить до летальних наслідків.

Запобігання виникнення нових та усуненню наявних зморшок на обличчі сприяє пригнічення дії тих мімічних м'язів, функція яких є головною причиною виникнення зморшок.

Якщо усунення функціональної активності цих м'язів не змінює основні мімічні властивості обличчя, то їх функцію гасять. Для цього ін'єкціями підводять до відповідних рухомих нервів, що іннервують ці мімічні м'язи розчин ботоксу, після чого відповідні м'язи перестають скорочуватися. Це стосується переважно мімічних м'язів лоба.

Через деякий час після припинення функції мімічних м'язів шкіра в ділянці зморшки розгладжується та естетичний вигляд обличчя поліпшується.

Застосування філерів. Філер є щільним гелем, який вводиться під шкіру для заповнення об'єму. На відміну від ботулотоксинів, який блокує нервові імпульси і паралізує м'язи, філер, в основі якого є колаген і еластин, заповнює собою складки, зморшки. Філер рівномірно розподіляється під шкірою, плавно розтікаючись вирівнює нерівності поверхні шкіри. Філери відрізняються щільністю. М'які гелі вводять пацієнтам з тонкою шкірою. Також щільність використовуваного філера залежить від зони введення. Наприклад, глибоке надкісне введення вимагає високощільного гелю, а для поверхневого введення досить легкого засобу.

Хімічний пілінг

Поверхневе дозоване руйнування шкіри запускає процеси її відновлення, для цього застосовують різні методи: ультразвук, м'ягко механічний або лазерний вплив, ферменти, кислоти, феноли тощо.

Для хімічного пілінгу частіше використовують розчини кислот різної концентрації. Він буває поверхневим, середньої глибини та глибоким. Використовують розчини саліцилової, трихлороцтової та інших кислот, розчин Джесснера, крем азелаїнової кислоти тощо. Після пошкодження шкіри розвивається запалення, а в період відновлення шкіра підтягується, має більш естетичний вигляд.

Лазерне шліфування шкіри

Методи передбачають поверхневе руйнування шкіри на потрібну глибину, після чого запускаються процеси її м'ягкого відновлення, після закінчення яких шкіра має новий вигляд. Механічну дермабразію проводять переважно під місцевим знеболюванням, використовують алмазні або карборундові камені із різною швидкістю обертання. Шари шкіри знімають до краплинної кровотечі, тобто знімають частину сосочкового шару шкіри, потім накладають пов'язку на 10-14 діб.

- *Алгоритми для формування професійних вмінь і навичок.*
- 1. Оволодіти методикою обстеження хворих із віковими змінами м'язових тканин обличчя та шиї. 2. Оволодіти методиками розрізів для усунення зморшок різних ділянок обличчя.

Практичні завдання, (типіві, нетипіві, непрогнозовані ситуації).

Індивідуальні завдання:

Завдання №1.

Які найхарактерніші вікові зміни пропорції обличчя?

- A. Нижня частина зменшується, ніс та вушні раковини збільшуються
- B. Верхня частина збільшується, ніс та вушні раковини зменшуються
- C. Середня частина, ніс та вушні раковини збільшуються
- D. Нижня частина збільшуються, ніс та вушні раковини без змін
- E. Середня частина зменшується, ніс та вушні раковини збільшуються

Завдання №2.

Під час механічного шліфування шкіри (дермабразії) знімають частину:

- A. Сосочкового шару
- B. Епідермісу
- C. Сітчастого шару
- D. Підшкірної основи
- E. Підшкірної жирової клітковини

Завдання для самостійної роботи та роботи в малих групах (інтерактивні методи навчання):

На прийом до хірурга з'явилася пацієнтка П., 55 років, із скаргами на наявність зморшок на нависаючого краю шкіри у зовнішніх кутках очноямкової ділянки. При збиранні анамнезу лікар з'ясував що 10 місяців тому було проведено косметичну блефаропластику, але втручання не дало бажаного результату. Яку тактику лікування повинен обрати хірург?

Заключний етап

Підведення підсумків заняття.

Матеріали методичного забезпечення заключного етапу заняття:

- *Мозковий штурм.*

Студентам демонструють вичерпний опис нестандартної клінічної ситуації та пропонують запропонувати найбільш раціональні методи діагностики.

Після запису всіх запропонованих методів діагностики в ході дискусії студенти вибирають найбільш раціональний.

- *Надання завдань для самостійної роботи.*

Опрацювати на фантомах техніку хірургічних етапів імплантації.

- *Оцінювання.*

Міністерство освіти і науки України
Державний вищий навчальний заклад
«Ужгородський національний університет»
Кафедра хірургічної стоматології та клінічних дисциплін

ЗАТВЕРДЖЕНО
на засіданні кафедри хірургічної стоматології
та клінічних дисциплін
Завідувач кафедри
к. мед. н., доц. Гема-Багіна Н. М.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

Курс V; Факультет Стоматологічний

Навчальна дисципліна: Хірургічна стоматологія

Тема № 14. Ускладнення ендодонтичних втручань та їх хірургічне лікування. Пародонтальна хірургія: основні методики операційних втручань, використання кістково-пластичних матеріалів. Направлена тканинна регенерація за допомогою мембран.

ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ № 13

1. Тема заняття: «Ускладнення ендодонтичних втручань та їх хірургічне лікування. Пародонтальна хірургія: основні методики операційних втручань, використання кістково-пластичних матеріалів. Спрямована тканинна регенерація за допомогою мембран».

Тривалість заняття 4 год. 30 хв., в тому числі три перерви по 10 хвилин.

2. Навчальні цілі заняття:

➤ *фахові компетентності:*

1. Збирання медичної інформації про стан пацієнта.
2. Оцінювання результатів лабораторних та інструментальних досліджень.
3. Встановлення клінічного діагнозу стоматологічного захворювання.
4. Діагностування невідкладних станів.
5. Виконання медичних та стоматологічних маніпуляцій.
6. Організація та проведення стоматологічної диспансеризації осіб, що підлягають диспансерному нагляду.
7. Організація проведення лікувально-евакуаційних заходів.
8. Визначення тактики та надання екстреної медичної допомоги
9. Ведення медичної документації.
10. Опрацювання державної, соціальної та медичної інформації.

➤ *загальні компетентності:*

1. Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу; здатність вчитися і бути сучасно навченим.
2. Знання та розуміння предметної області та розуміння професії.
3. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.
4. Здатність спілкуватися державною мовою як усно, так і письмово; здатність спілкуватись другою мовою.
5. Навички використання інформаційних і комунікаційних технологій.
6. Здатність до пошуку, опрацювання та аналізу інформації з різних джерел.
7. Здатність до адаптації та дії в новій ситуації; здатність працювати автономно.
8. Вміння виявляти, ставити та вирішувати проблеми.
9. Здатність до вибору стратегії спілкування.
10. Здатність працювати в команді.
11. Навички міжособистісної взаємодії.
12. Здатність діяти на основі етичних міркувань (мотивів).
13. Здатність діяти соціально відповідально та громадянсько свідомо.

3. Методи навчання:

Підготовчий етап – фронтальне усне опитування.

Основний етап – практичний тренінг, рольова гра.

Заклучний етап – мозковий штурм.

4. Міждисциплінарна інтеграція.

Дисципліни	Студент повинен знати	Студент повинен вміти
Попередні:		
Анатомія	Знати анатомо-фізіологічні особливості щелепно-лицевої ділянки: - будову верхньої та нижньої	Вміти пояснити будову органів та систем щелепно-лицевої ділянки.

Фізіологія	щелеп; - іннервацію та васкуляризацію цих ділянок; - будову лімфатичної системи голови та шиї; - будову м'язів голови та шиї; - будову органів голови та шиї.	
Топографічна анатомія	Знати топографію органів щелепно-лицевої ділянки.	Вміти пояснити топографію органів щелепно-лицевої ділянки.
Патологічна анатомія Патологічна фізіологія	Знати механізм запалення та його морфологічну маніфестацію.	Вміти пояснити механізм розвитку запального процесу, його фази. Охарактеризувати патоморфологічні та клінічні ознаки запалення.
Променева діагностика	Знати додаткові методи обстеження, що застосовуються в стоматологічній практиці.	Вміти пояснити принципи на яких базуються ті чи інші методи обстеження (рентген, КТ, МРТ, УЗД).
Терапевтична стоматологія	Знати шляхи поширення патогенних мікроорганізмів в порожнину зуба та періодонт.	Вміти провести внутрішньоротове обстеження окремих зубів.
Внутрішньопредметна інтеграція:		
Тема 1. «Пропедевтика хірургічної стоматології»: ... Методика обстеження порожнини рота, щелеп, обличчя та шиї.	Знати методику проведення обстеження пацієнта із захворюваннями щелепно-лицевої ділянки.	Вміти провести суб'єктивне та об'єктивне обстеження хворого, призначити додаткові методи дослідження, заповнити відповідну медичну документацію.
Тема 2. «Запальні процеси ЩЛД»: Періодонтити: хірургічні методи лікування.	Знати клініку, діагностику, хірургічні методи лікування хронічних періодонтитів.	Вміти визначити показання та протипоказання до оперативних втручань при хронічних періодонтитах.
Тема 12 «Травматологія ЩЛД»: Регенерація кісткової тканини, види. Загоєння щелепових кісток. Методи оптимізації регенерації кісткової тканини.	Знати стадії регенерації кісткової тканини та способи її оптимізації	Вміти обирати оптимальні матеріали для покращення процесів остеорегенерації.

5. Література:

1. Навчальна

Основна

- 1.1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; у 2т. – Т. 1 / В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін. – К.: ЛОГОС, 2011. – 669 с.
- 1.2. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; у 2т. – Т. 2 / В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін. – К.: ЛОГОС, 2011. – 606 с. якийсь один том
- 1.3. Тимофеев А. А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А. А. Тимофеев. – Київ: «Червона Рута-Турс», 2002. – 1024 с.

Додаткова

- 1.4. Рузин Г.П. Краткий курс лекций по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Геннадий Петрович Рузин – Киев: «Книга плюс», 2006 – С. 88-89.
- 1.5. Ломницький І. Я. Алгоритми практичних навичок з хірургічної стоматології / І. Я. Ломницький, А. В. Нетлюх, О. Я. Мокрик. – Львів : «ГалДент», 2008. – 152 с.
- 1.6. Мигович М.І. Місцеве знечуження тканин щелепно-лицевої ділянки. Львів, 1999.

2. Наукова

- 2.1. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии // под ред. В.М. Безрукова, Т. Г. Робустовой. – М.: Медицина, 2000.

3. Методична

- 3.1. Методичні рекомендації для підготовки до складання ліцензійних інтегрованого іспитів "Крок1", "Крок2", "Крок3" / Б. С. Зіменковський, М. Р. Гжегоцький, І. І. Солонинко, Р. З. Огоновський, Р. Б. Лесик, Ю. Я. Кривко, Б. В. Дибас. - Львів: Друкарня ЛНМУ ім. Данила Галицького, 2013. - 96 с.
- 3.2. Збірник тестових завдань для складання ліцензійного іспиту «Крок – 2 Стоматологія» // МОЗ України. Департамент кадрової політики, освіти і науки МОЗ України. Центр тестування при МОЗ України, 2011 - 28 с. (співавтори Гайдук Р. В., Федько В. В., Назаревич М. Р.) - 36 с.

СТРУКТУРА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

Підготовчий етап (30 хв)

- *Організаційна частина заняття:* перевірка присутності, оцінка зовнішнього вигляду та форми одягу.

- *Повідомлення теми, мети заняття.*

Тема заняття: «Ускладнення ендодонтичних втручань та їх хірургічне лікування. Пародонтальна хірургія: основні методики операційних втручань, використання кістково-пластичних матеріалів. Спрямована тканинна регенерація за допомогою мембран.»

Мета заняття: навчити студентів діагностувати ускладнення ендодонтичних втручань, знати клінічні особливості їх перебігу, складати план комплексного лікування хворих із даними захворюваннями, оволодіти принципами хірургічного лікування хворих із ускладненнями ендодонтичного лікування. Вивчити основні положення пародонтальної реконструктивно-відновної (пластичної) хірургії. Засвоїти основні методики хірургічного лікування пародонтиту.

Навчити студентів складати план комплексного лікування хворих на вказану патологію. Ознайомити з кістково-заміщуючими матеріалами.

- *Мотивація навчальної діяльності.*

Ендодонтичне лікування в структурі стоматологічної допомоги займає одне з провідних місць. Поряд із цим на тлі сучасних досягнень в ендодонтії за останні роки значно зросла кількість ускладнень.

Ускладнення ендодонтичних втручань виявляють при лікуванні 53,6 % зубів. Найчастішими є перфорація дна порожнини зуба, стінок кореневих каналів (37,7%), фрагментація ендодонтичних інструментів (19,9 %), надмірне розширення і розрив апікального отвору (34,2%), виведення пломбувального матеріалу за верхівковий отвір (23,9%), проштовхування в сусідні анатомічні утворення (39%), зокрема, в нижньощелепний канал (23,2%) або підборідковий отвір (12,3%). При таких ускладненнях спостерігаються виражені больові та парестетичні синдроми, розвиваються деструктивні зміни в оточуючих тканинах – передусім, губчастій кістці, а також значно страждають такі структури, як нижній комірковий нерв, підборідний нерв. Такі стани вимагають невідкладного втручання, зокрема хірургічного. Біологічна суть направленої регенерації тканин (НРТ) полягає у використанні різних за потенцією та часом реалізації репаративних можливостей тканинних складових зубо-слизово-окісно-кісткового комплексу щелеп. НРТ дає можливість повного або значного відновлення об'єму та морфологічної структури коміркової кістки, регенерації періодонту та цементу, нової фіксації зв'язки. Тому для практичної стоматології актуальною є розробка та удосконалення способів лікування ускладнень ендодонтичного лікування.

Матеріали методичного забезпечення підготовчого етапу заняття:

Питання до фронтального опитування:

1. Особливості клінічної картини ускладнень ендодонтичного лікування.
2. Показання і протипоказання для проведення відповідного оперативного лікування.
3. Принципи проведення гранульомектомії в ділянці верхівки кореня зуба, міжкореневої перегородки.
4. Методики і етапи операції резекції верхівки кореня зуба.
5. Резекція (ампутація) кореня зуба.
6. Коронаро-радикулярна сепарація.
7. Гемісекція зуба.
8. Реплантація зуба.
9. Направлена регенерація тканин.
10. Основні завдання пародонтальної реконструктивно-відновної (пластичної) хірургії.
11. Показання та протипоказання до хірургічного лікування захворювань пародонту.
12. Планування хірургічного втручання.
13. Методики пародонтальної реконструктивно-відновної (пластичної) хірургії:
 - операції в межах пародонтальної, зубоясенної кишені;
 - клаптеві операції;
 - формування присінка порожнини рота.
14. Кістково-заміщуючі матеріали.

Основний етап: формування професійних навичок і вмінь (180 хв)

Проведення професійного тренінгу.

Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття.

Зубозберігаючі хірургічні методи лікування хронічного періодонтиту застосовуються після якісно проведеного ендодонтичного лікування та припинення надходження в періодонт додаткової інфекції з кореневого каналу зуба. Метою лікування є збереження зуба або його частини та забезпечення його подальшого функціонування.

Резекція верхівки кореня зуба показана за наявності запломбованого кореневого каналу на 2/3 його довжини, наявності (або відсутності) змін кісткової тканини в ділянці верхівки кореня зуба, функціональної повноцінності його коронки. Техніка виконання: під знеболенням проводять розріз і відшарування слизово-окісного клаптя. Бором знімають зовнішню кортикальну пластинку, відкривають верхівку кореня "причинного" зуба, відтинають і видаляють недопломбовану частину кореня зуба (не більше 1/3 його довжини), візуально контролюючи наявність пломбувальної маси в каналі культі кореня, після чого рану ушивають. Загоєння тканин триває 7-8 діб. Операцію виконують переважно в ділянці зубів та коренів, доступних для оперативного втручання. Ускладнення операції - нагноєння рани, збереження кісткового дефекту, зміщення зуба під функціональним навантаженням у напрямку кісткового дефекту (для однокореневих зубів).

Резекція (ампутація) кореня показана у разі неповного пломбування (до 1/2-3/4 довжини) одного з коренів багатокореневого зуба. Зазвичай проводять на верхніх ; молярах, видаляючи медіальний щічний корінь. Знеболення, техніка операції, післяопераційний період, медикаментозний супровід - аналогічні операції резекції верхівки кореня. Відмінність полягає в тому, що відтинають до 3/4 довжини одного з коренів багатокореневого зуба. Умова операції - необхідність збереження слизової оболонки в ділянці резектованого кореня для запобігання виникненню післяопераційної рецесії слизової оболонки. Ускладнення - рецесія слизової оболонки в ділянці оперованого

зуба, недостатня (інколи) його стійкість при функціональному навантаженні. Після резекції кореня його довжину можна відновити відразу після проведення основної операції шляхом використання штучного металевого протеза (імплантату) видаленої верхівки кореня зуба (апикальної вкладки), яку фіксують за допомогою гвинта, введеного на пломбувальній масі крізь кореневий канал оперованого кореня зуба в протез.

Корона-радикулярна сепарація показана у разі, коли дно пульпової порожнини є перфорованим і виник періодонтит у ділянці міжкореневої перегородки двокореневого моляра нижньої щелепи, а ознак верхівкового періодонтиту зуба немає. Для збереження такого зуба потрібно дати відтік ексудату з ділянки верхівки міжкореневої перегородки та ліквідувати запальний процес. Зазначеної мети досягають таким оперативним втручанням: під знеболенням сепараційним диском проводять поперечний перетин "причинного" зуба від його жувальної поверхні до міжкореневої перегородки, відмежовують одну половину коронки зуба з коренем, від іншої. Відстань між половинами зуба має бути до 1-1,5 мм. Таким чином, верхні відділи міжкореневої перегородки стають доступними для видалення патологічно змінених тканин та навислих країв пломби, створюють постійний відтік із зони запалення і воно поступово стихає. Унаслідок операції у пацієнта замість двокореневого зуба з'являється два однокореневих, які можна згодом використовувати для протезування.

Гемісекція зуба показана за наявності верхівкового періодонтиту в ділянці лише одного з двох коренів нижніх молярів, неможливості проведення якісного ендодонтичного лікування і пломбування (частіше медіального) кореня зуба, необхідності збереження максимально можливої кількості зубів. Техніка виконання: під знеболенням проводять коронарорадикулярну сепарацію зуба. Після цього видаляють ту половину зуба, біля верхівки кореня якого діагностовано хронічний періодонтит. Ямка половини зуба загоюється типово. Після операції у пацієнта залишається функціонально спроможна половина зуба.

Основні завдання пародонтальної реконструктивно-відновної (пластичної) хірургії:

1. Збільшення зони кератинізованої прикріпленої ділянки ясен. Це сприяє зупинці рецесії м'яких тканин і резорбції кістки, наприклад, у результаті ортодонтичного переміщення зубів або інших причин, сприяє покращенню проведення гігієни в ділянці власних зубів, зубних імплантатів, мостоподібних протезів.

2. Усунення рецесій ясен.

3. Збільшення об'єму альвеолярного гребеня в ділянці адентії. Звичайно такі операції виконують при підготовці до традиційного незнімного протезування чи протезування з опорою на імплантати для оптимізації естетичного та функціонального результату.

4. Усунення вкороченої вуздечки губ, щік - це дозволяє правильно рухатися м'яким тканинам, користуватися протезами зубів, ортодонтичними апаратами.

5. Профілактика дефектів гребеня альвеолярного відростка щелеп після видалення зубів. Збереження форми альвеолярного гребеня в ділянці видаленого зуба є позитивною умовою встановлення зубних імплантатів.

6. Подовження клінічної довжини коронки зуба покращує естетичний вигляд зубних рядів.

7. Оголення ретенуваних зубів дає можливість наступного виведення їх ортодонтичним шляхом у зубний ряд.

8. Відновлення втраченого ясенного сосочка сприяє покращенню естетичного вигляду зубного ряду.

9. Усунення надлишкового розростання ясен (гіперплазія, гіпертрофія, несправжні пародонтальні кишені) - усуває патологічне вогнище тканин і

поліпшує естетику зубів, посмішки.

Усі методи хірургічного лікування запальних і дистрофічних захворювань пародонта умовно розподіляють на 3 основні групи:

I. Операції в межах пародонтальної, зубоясенної кишені: відкритий та закритий кюретаж, вакуум-кюретаж, кріокюретаж, гінгівотомія, гінгівектомія, гінгівопластика тощо.

II. Клаптеві операції - операції з усунення рецесій, у т. ч. апікально або латерально зміщений клапоть, клапоть з двох міжзубних сосочків; вільно пересаджений сполучнотканинний трансплантат.

III. Формування присінка порожнини рота - пластика вуздечок і тяжів, вестибулопластика місцевими тканинами, вільними трансплантатами тощо.

Кюретаж - вишкрібання зубоясенної кишені з метою видалення під'ясенного назубного каменю, грануляцій, розм'якшеного цементу й пророслого в зубоясенну кишеню епітелію, вмісту кишені (мікроорганізмів, продуктів розпаду тканин і життєдіяльності бактерій). Показання: патологічні зубоясенні кишені глибиною до 4 мм, відсутність кісткових кишень і наявність щільних ясен. Під час втручання необхідно створити чисту ранову поверхню, потім кров'яний згусток рани організується і сполучна тканина вростає в новостворений цемент кореня. Операцію закінчують накладенням твердіючої захисної (еластик, стомальгін) пов'язки на 1-2 дні. Забороняється зондування кишені протягом трьох-чотирьох тижнів, рекомендують не вживати тверду їжу, для чищення зубів користуватися м'якою щіткою. Кюретаж протипоказаний: при глибоких зубоясенних і кісткових кишнях, рухомості зубів III-IV ступеня, гострих запальних процесах, рубцевозмінених і стоншених яснах.

Гінгівотомія - лінійне розсічення стінки пародонтального кишені з метою розкриття пародонтального абсцесу або для відкритого кюретажу пародонтальної кишені під візуальним контролем. Показаннями є глибокі і погано видимі ясеневі і кісткові пародонтальні кишені в ділянці одного або декількох зубів, одиночні рецидивуючі абсцеси. З цією метою застосовують різної форми розрізи: вертикальні по осі зуба, зміщені дистально, через міжзубний сосочок, півмісяцеві, T-подібні та ін. Після розкриття кишені її промивають антисептичним розчином, проводять ретельний кюретаж, потім рану знову обробляють антисептичними розчинами, вводять біологічно активну суспензію із інгібіторів ферментів протеолізу, склеюють медичним клеєм, вкриваючи плівкою або лікувальною пов'язкою на 2-3 дні. При розтині абсцесів шви не

накладають, в порожнину вводять біологічно активні суспензії (з ферментів, інгібіторів та інших речовин).

Гінгівектомія - висічення пародонтальної кишені на всю його глибину (на рівні альвеолярного краю) одночасно з патологічно зміненим ясеневим краєм і вмістом кишені. Розрізняють просту і радикальну гінгівектомію. Проста проводиться при глибині пародонтальних кишень більше 4-5 мм і горизонтальної, рівномірної розробці альвеолярного краю, при гіпертрофічному гінгівіті, розростанні грануляції, підвищеної десквамації епітелію, відсутності рубцювання після кюретажу. Обсяг операції обмежується 2-3 бічними і 4-6 передніми зубами. Після передопераційної підготовки (знеболення, обробки операційного поля) уточнюють межі запалення ясен, визначають глибину розрізу (відповідає глибині кишень). Лінію розрізу відзначають водним розчином метиленового синього або йодовмісним розчином. Операція складається з наступних етапів:

- 1) висічення краю ясен з язикової (піднебінної) і вестибулярної сторін паралельно ясеневому краю з урахуванням нерівномірної глибини кишень;
- 2) видалення підясеневого зубного каменю;
- 3) відкритий кюретаж грануляції і патологічно зміненої кістки альвеолярного відростка;
- 4) зупинка кровотечі;
- 5) введення ліофілізованого кісткового борошна в операційну рану;
- 6) депонування і аплікація лікарських засобів.

Недоліками операцій є оголення шийок зубів, міжзубних просторів; висічення всіх ясенних сосочків в ділянці операційного поля утворює косметичний дефект, після операції часто розвивається гіперестезія оголених коренів від температурних, хімічних і тактильних подразників.

Клаптеві операції проводяться для ліквідації пародонтальних кишень і корекції дефектів альвеолярного відростка верхньої щелепи або альвеолярної частини нижньої щелепи. Показаннями до клаптевої операції є пародонтит середнього і важкого ступеня при глибині пародонтальних кишень більше 5 мм, деструкція кісткової тканини не більше ніж на 1/2 довжини кореня зуба, стоншені і фібрознозміннені ясна. При клаптевих операціях, після гінгівотомії відшаровується і формується слизово-окісний клапот з язикової (піднебінної) і вестибулярної сторін. Розрізняють повні та розщеплені пародонтальні клапти. Повний клапот включає епітелій, сполучну тканину, окістя, розщеплений - складається з епітелію і сполучної тканини. При одних операціях відпрепарований клапот укладається на місце, при інших - переміщують в кінці операції на нову ділянку.

Радикальна гінгівектомія (операція Цешінського - Відмана - Неймана) показана при наявності глибоких пародонтальних кісткових кишень з вертикальним типом деструкції кістки, рухомості зубів III ступеня, при стоншених яснах. Так само як і при простій гінгівектомії, після ірригації порожнини рота антисептичними розчинами, знеболювання, обробки ясеневому краю йодовмісним розчином проводять два вертикальних розрізи

до кістки, що обмежують операційне поле, від краю ясен у напрямку до перехідної складки (розрізи не повинні проходити по вершині ясеневих сосочків). Потім тупо відсепаровують слизово-окісний клапот з вестибулярної і язикової (піднебінної) сторін. Вестибулярний клапот беруть на гачки, язичний (піднебінний) - відсепаровують на глибину не більше 0,5 см. Потім видаляють зубний камінь, висікають змінений край ясен, грануляції, проводять кюретаж, згладжують кістку, альвеолярного відростка, полірують цемент кореня зуба. Операційне поле промивають антисептичними розчинами, зупиняють кровотечу, мобілізують слизово-окісний клапот, видаляючи при цьому змінений епітелій, потім укладають клапот на місце, накладають шви в кожному міжзубном проміжку і на вертикальні розрізи. В операцію одночасно включають ділянку не більше 6 зубів. Загоєння відбувається первинним натягом,

шви знімають на 6-7-й день. Недоліками операції є оголення шийок зубів, гіперестезія, зниження висоти альвеолярного краю, оголення міжзубних проміжків.

Френулотомія - розсічення вуздечки - застосовується при укороченні вуздечки язика. Проводиться в грудному або ранньому дитячому віці. Операція: після загальноприйнятої підготовки вуздечку розтинають на необхідну глибину ріжучим інструментом у основи самої вуздечки на границі зі слизовою оболонкою дна порожнини рота і нижньої поверхні язика.

Френулектомія - висічення вуздечки язика або губи з переміщенням її, показана при короткій вуздечці, що перешкоджає нормальному розвитку губи, яка сприяє утворенню діастем. Двома напівовальними вертикальними розрізами висікають вуздечку, між центральними різцями проводять компактостеотомію, слизову оболонку навколо розрізу мобілізують, відсепаровують її тупим шляхом, краї рани зближують і зашивають наглухо. При дрібному присінку рота і короткій вуздечці проводять одночасно висічення вуздечки і поглиблення присінку рота. Після анестезії двома зближуваними напівовальними розрізами до окістя в ділянці місця прикріплення вуздечки формують і відсепаровують слизово-окісний клапоть в напрямку до верхівки кореня на необхідну глибину (8-10 мм), край підшивають до основи новоутвореного присінка до окістя. На слизову оболонку губи накладають 1-2 направляючих шва. Потім відсікають від окістя м'язи нижньої губи і разом зі слизовою оболонкою переміщують і підшивають до окістя. На рану накладають йодоформну пов'язку, рана заживає вторинним натягом, епітелізація настає через 10-14 днів.

Спрямована регенерація тканин із застосуванням мембран

Показання до застосування: лікування глибоких вузьких двох- або трьохстілкових кісткових кишень, оголені фуркації перших молярів зі щічного боку 2-го ступеня, рецесії ясен (у цьому разі бажані товсті й широкі кератинізовані ясна). Гірші результати отримують при наскрізних дефектах фуркації 3-го ступеня й біля молярів верхньої щелепи з дистальними й щічними дефектами фуркації 2-го ступеня. Техніка виконання. Перед хірургічним втручанням проводять інструктаж пацієнта, а також призначають пародонтологічне консервативне лікування для створення сприятливих гігієнічних умов й усунення запальних явищ. Інтрасулькулярний розріз виконують із збереженням сосочків, а вертикальні латеральні розрізи - на відстані 4-6 мм від зуба зони операції. Відшаровують слизово-окісний клапоть, з його внутрішньої поверхні зрізують епітелій, грануляційну тканину й проводять під'ясенний скейлінг із поліруванням кореня. Потім обирають мембрану потрібної форми і припасовують її до зуба та прилеглої кістки. Потім мембрану фіксують у правильному положенні. Щільна адаптація мембрани до зуба забезпечує її утримання над пародонтальним дефектом, а слизово-окісний клапоть має перекривати мембрану на 2-3 мм. Після втручання з використанням мембрани. варто відмовитися від накладення пародонтальної захисної пов'язки, тому що під її тиском мембрана може вдаватися в дефект. Для утримання необхідної форми після введення в дефект кістки остеогенних матеріалів використовують металеві сітки з фіксацією гвинтами. Шви слизової оболонки доцільно закривати захисними плівками типу «Діплен-Дента» тощо, які мають протизапальні властивості. До видалення сітки або до розсмоктування мембрани (перші чотири тижні) необхідно уникати чищення зубів у прооперованій ділянці й полоскати порожнину рота 0.2 % розчином хлоргексидину 1-2 рази на добу. Через 4-6 тиж. після операції мембрану, що не резорбується, обережно видаляють через інтрасулькулярний розріз, щоб не травмувати відновлені тканини. Після видалення сполучного епітелію із внутрішнього боку клаптя його адаптують і підшивають. Оскільки дуже важливо повністю закрити чутливі тканини, що регенерували, можна провести щілиноподібний розріз по окістю, а потім коронарно перемістити клапоть.

- *Алгоритми для формування професійних вмінь і навичок.*

1. Провести збір скарг та анамнезу, огляд пацієнта, інтерпретувати дані рентгенологічного обстеження та скласти план лікування хворого з ускладненнями ендодонтичного лікування.
2. Оволодіти технікою проведення операції резекції верхівки кореня
3. Оволодіти технікою проведення коронаро-радикулярної сепарації, гемісекції зуба, резекції (ампутації) кореня зуба, реплантації зуба.
4. Оволодіти методикою використання хірургічного пародонтологічного інструментарію.
5. Оволодіти методиками пародонтальної реконструктивно-відновної хірургії.
6. Оволодіти методикою радикальної клаптевої операції за Цешинським-Відманом-Нейманом.
7. Оволодіти методикою спрямованої регенерації тканин із застосуванням мембран.

- *Практичні завдання, (типіві, нетипіві, непрогнозовані ситуації).*

Індивідуальні завдання:

Завдання №1.

Хворий 43 років звернувся до стоматолога зі скаргами на біль у 36 зубі. Під час рентгенологічного обстеження виявлено залишок ендодонтичного інструменту в дистальному корені. В ділянці верхівки кореня є деструкція кісткової тканини (d-5мм) із чіткими контурами. Який метод лікування доцільно застосувати у даному випадку?

- A. Гемісекція зуба.
- B. Консервативне лікування.
- C. Реплантація зуба.
- D. Ампутація кореня.
- E. Резекція верхівки кореня.

Завдання №2.

Хворий віком 40 років скаржитися на кровоточивість ясен від дії механічних подразників, рухомість зубів. З анамнезу: 12 років хворіє на хронічний гастродуоденіт. Об'єктивно: ясна обох щелеп гіперемійовані, набряклі. Відзначаються під- та над'ясенні зубні відкладення. Глибина пародонтальних кишень 4-5 мм. 43, 42, 41, 31, 32, 33 зуби рухомі (I-II ступеня). На рентгенограмі: атрофія міжкоміркових перегородок до 1/2 довжини кореня. Виберіть хірургічний метод лікування даного хворого:

- A. Клаптева операція.
- B. Закритий кюретаж.
- C. Гінгівектомія.
- D. Гінгівотомія.
- E. Остеопластика.

Завдання для самостійної роботи та роботи в малих групах (інтерактивні методи навчання):

У хворого 50-років скарги на утруднене жування їжі, рухомість зубів, неприємний запах з рота, кровоточивість ясен. Об'єктивно: ясна гіперемійовані з ціанотичним відтінком з надлишковим збільшенням краю ясен, зубоясенні кишень глибиною 4-5 мм. На рентгенограмі: горизонтальна, рівномірна резорбція коміркового краю на 1/3 довжини кореня. Встановіть діагноз та складіть план лікування.

Заключний етап (30 хв)

Підведення підсумків заняття.

Матеріали методичного забезпечення заключного етапу заняття:

- *Мозковий штурм.*

Студентам демонструють вичерпний опис нестандартної клінічної ситуації та пропонують запропонувати найбільш раціональні методи діагностики.

Після запису всіх запропонованих методів діагностики в ході дискусії студенти вибирають найбільш раціональний.

- *Надання завдань для самостійної роботи.*

Опрацювати на муляжах та фантомах методику огляду і пальпації щелепно-лицевої ділянки, ротової порожнини в умовах фантомного класу.

- *Оцінювання.*

Міністерство освіти і науки України
Державний вищий навчальний заклад
«Ужгородський національний університет»
Кафедра хірургічної стоматології та клінічних дисциплін

ЗАТВЕРДЖЕНО
на засіданні кафедри хірургічної стоматології
та клінічних дисциплін
Завідувач кафедри
к. мед. н., доц. Гема-Багіна Н. М.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

Курс V; Факультет Стоматологічний

Навчальна дисципліна: Хірургічна стоматологія

Тема № 15. Захворювання і пошкодження трійчастого і лицевого нервів. Клініка, діагностика, лікування. Хірургічне лікування больових синдромів: невралгії, неврити ЩЛД. Синдром больової дисфункції СНЦС.

ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ № 14

1. Тема заняття: «Захворювання і пошкодження трійчастого і лицевого нервів. Клініка, діагностика, лікування. Хірургічне лікування больових синдромів: невралгії, неврити ЩЛД. Синдром больової дисфункції СНЩС. Алгоритми виконання практичних навичок: пластика місцевими тканинами, техніки накладання швів, проведення альвеолотомії, проведення розтину пародонтального абсцесу. Підсумкове заняття з розділу «Реконструктивно-відновна хірургія ЩЛД.».

Тривалість заняття 270 хв

2. Навчальні цілі заняття:

➤ *фахові компетентності:*

1. Збирання медичної інформації про стан пацієнта.
2. Оцінювання результатів лабораторних та інструментальних досліджень.
3. Встановлення клінічного діагнозу стоматологічного захворювання.
4. Діагностування невідкладних станів.
5. Виконання медичних та стоматологічних маніпуляцій.
6. Організація та проведення стоматологічної диспансеризації осіб, що підлягають диспансерному нагляду.
7. Організація проведення лікувально-евакуаційних заходів.
8. Визначення тактики та надання екстреної медичної допомоги
9. Ведення медичної документації.
10. Опрацювання державної, соціальної та медичної інформації.

➤ *загальні компетентності:*

1. Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу; здатність вчитися і бути сучасно навченим.
2. Знання та розуміння предметної області та розуміння професії.
3. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.
4. Здатність спілкуватися державною мовою як усно, так і письмово; здатність спілкуватись другою мовою.
5. Навички використання інформаційних і комунікаційних технологій.
6. Здатність до пошуку, опрацювання та аналізу інформації з різних джерел.
7. Здатність до адаптації та дії в новій ситуації; здатність працювати автономно.
8. Вміння виявляти, ставити та вирішувати проблеми.
9. Здатність до вибору стратегії спілкування.
10. Здатність працювати в команді.
11. Навички міжособистісної взаємодії.
12. Здатність діяти на основі етичних міркувань (мотивів).
13. Здатність діяти соціально відповідально та громадянсько свідомо.

3. Методи навчання:

Підготовчий етап – фронтальне усне опитування.

Основний етап – практичний тренінг, рольова гра.

Заключний етап – мозковий штурм.

4. Міждисциплінарна інтеграція.

Дисципліни	Студент повинен знати	Студент повинен вміти
Попередні:		
Анатомія	Знати анатомічну будову верхньої та нижньої щелеп, верхньощелепного та	Вміти пояснити анатомічну будову верхньої та нижньої щелеп, верхньощелепного

	нижньощелепного нервів, СНЩС.	та нижньощелепного нервів, СНЩС.
Гістологія	Знати гістологічну структуру нервової тканини.	Вміти пояснити гістологічну структуру нервової тканини.
Топографічна анатомія	Знати топографічні особливості трійчастого і лицевого нервів та СНЩС.	Вміти пояснити топографічні особливості трійчастого і лицевого нервів та СНЩС.
Фізіологія	Знати фізіологію нервової системи та жувального апарату, фізіологічні механізми болю.	Вміти пояснити фізіологію нервової системи та жувального апарату, фізіологічні механізми болю.
Неврологія	Знати чутливу, рухову та вегетативну іннервацію ЩЛД, неврологічні захворювання ЩЛД.	Вміти пояснити чутливу, рухову та вегетативну іннервацію ЩЛД, неврологічні захворювання ЩЛД.
Фармакологія	Знати механізм дії лікарських засобів, які використовують для лікування невралгій, невритів ЩЛД та больової дисфункції СНЩС.	Вміти пояснити механізм дії лікарських засобів, які використовують для лікування невралгій, невритів ЩЛД та больової дисфункції СНЩС.
Ортодонтія. Ортопедична стоматологія	Знати ортодонтичні та ортопедичні аспекти больової дисфункції СНЩС	Вміти пояснити механізми виникнення больової дисфункції СНЩС при порушеннях прикусу та нераціональному ортопедичному лікуванні.
Внутрішньопредметна інтеграція:		
Тема 1. «Пропедевтика хірургічної стоматології»: ... Методика обстеження порожнини рота, щелеп, обличчя та шиї.	Знати методику проведення обстеження пацієнта із захворюваннями щелепно-лицевої ділянки.	Вміти провести суб'єктивне та об'єктивне обстеження хворого, призначити додаткові методи дослідження, заповнити відповідну медичну документацію.
Тема 3. «Пропедевтика хірургічної стоматології»: Біль, його компоненти, провідні шляхи болю.	Знати компоненти та провідні шляхи болю.	Вміти пояснити компоненти та провідні шляхи болю.
Тема 17. «Запальні процеси ЩЛД»: Артрит і артроз СНЩС	Знати основні клінічні симптоми артритів, артрозів та больової дисфункції СНЩС	Вміти проводити диференційну діагностику артритів, артрозів та больової дисфункції СНЩС.

5. Література:

1. Навчальна

Основна

- 1.3. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; у 2т. – Т. 1 / В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін. – К.: ЛОГОС, 2011. – 669 с.
- 1.4. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; у 2т. – Т. 2 / В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін. – К.: ЛОГОС, 2011. – 606 с.
- 1.3. Тимофєєв О.О. Щелепно-лицева хірургія: Підручник для мед. ун-тів, інст., акад. — 2-ге вид, випр. Затверджено МОН / О.О. Тимофєєв — К., 2017. — 752 с.

Додаткова

- 1.4. Алгоритми виконання практичних навичок з хірургічної стоматології: навч.-метод. посіб. для студентів стомат. ф-тів ВНЗ МОЗ України / Я. П. Нагірний [та ін.]. - Тернопіль: ТДМУ: Укрмедкнига, 2017. - 102 с.: іл.
- 1.5. Ломницький І. Я. Алгоритми практичних навичок з хірургічної стоматології / І. Я. Ломницький, А. В. Нетлюх, О. Я. Мокрик. – Львів : «ГалДент», 2008. – 152 с.
- 1.6. Мигович М.І. Місцеве знечуження тканин щелепно-лицевої ділянки. Львів, 1999.

2. Наукова

- 2.1. Грицай Н., Кобзиста Н. Нейростоматологія . «Здоров'я », 2001.- 144 с.

3. Методична

- 3.1. Методичні рекомендації для підготовки до складання ліцензійних інтегрованого іспитів "Крок1", "Крок2", "Крок3" / Б. С. Зіменковський, М. Р. Гжегоцький, І. І. Солонинко, Р. З. Огоновський, Р. Б. Лесик, Ю. Я. Кривко, Б. В. Дибас. - Львів: Друкарня ЛНМУ ім. Данила Галицького, 2013. - 96 с.
- 3.2. Збірник тестових завдань для складання ліцензійного іспиту «Крок – 2 Стоматологія» // МОЗ України. Департамент кадрової політики, освіти і науки МОЗ України. Центр тестування при МОЗ України, 2011 - 28 с. (співавтори Гайдук Р. В., Федько В. В., Назаревич М. Р.) - 36 с.

СТРУКТУРА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

Підготовчий етап

- *Організаційна частина заняття:* перевірка присутності, оцінка зовнішнього вигляду та форми одягу.
- *Повідомлення теми, мети заняття.*

Тема заняття: «Захворювання і пошкодження трійчастого і лицевого нервів. Клініка, діагностика, лікування. Хірургічне лікування больових синдромів: невралгії, неврити ЩЛД. Синдром больової дисфункції СНЩС. Алгоритми виконання практичних навичок: пластика місцевими тканинами, техніки накладання швів, проведення альвеолотомії, проведення розтину пародонтального абсцесу. Підсумкове заняття з розділу «Реконструктивно-відновна хірургія ЩЛД.»

Мета заняття: вивчити етіологію, патогенез, засвоїти основні клінічні симптоми й принципи діагностики невралгії та невриту трійчастого нерва, больової дисфункції СНЩС. Навчити студентів складати план комплексного лікування хворих на вказані патології.

- *Мотивація навчальної діяльності.*

Больові синдроми обличчя супроводжуються стресовими реакціями організму, що зумовлює порушення нормальної життєдіяльності хворих, стає причиною розладів психоемоційної сфери, погіршення якості життя. За даними ВОЗ, розповсюдженість невралгії трійчастого нерва у країнах Європи у середньому становить 4,3 на 100 тис. населення. У віці за 60 років захворюваність ще вища – щороку спостерігається від 5 до 20 нових випадків цього захворювання на 100 тис. населення. На больову дисфункцію СНЩС хворіють біля 10 % населення світу.

Матеріали методичного забезпечення підготовчого етапу заняття:

Питання до фронтального опитування:

1. Причини виникнення невралгії та невриту трійчастого нерва, больової дисфункції СНЩС. Фактори, сприяючі розвитку захворювань.
2. Сучасні класифікації лицевих болю, невралгії трійчастого нерва.
3. Клінічні симптоми невралгії та невриту трійчастого нерва, больової дисфункції СНЩС.
4. Діагностика невралгії та невриту трійчастого нерва, больової дисфункції СНЩС.
5. Сучасні медикаментозні, фізіотерапевтичні та хірургічні методи лікування невралгії та невриту трійчастого нерва, больової дисфункції СНЩС.

Основний етап: формування професійних навичок і вмінь

Проведення професійного тренінгу.

Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття.

Класифікація лицевих болей

1. Лицеві болі при невралгіях і невритах чутливих нервів
2. Лицеві болі при гангліонітах
3. Стомалгія
4. Лицеві болі артрогенного і вертеброгенного походження
5. Лицеві болі судинного походження
6. Відбиття лицевих болей
7. Невро-психогенні лицеві болі
8. Больовий синдром при захворюваннях зубів, ото-, рино-, офтальмогенні болі.

Невралгія - це симптомокомплекс, який проявляється приступами інтенсивного болю, локалізується в зоні інервації однієї або декількох гілок трійничного нерва.

Усі види невралгій трійничного нерва поділяються на 2 основні групи:

- невралгії трійничного нерва *центрального* генезу (класична) (з переважанням центрального компоненту),
- невралгії трійничного нерва *периферичного* генезу (з переважанням периферичного компоненту).

Невралгія трійчастого нерва центрального генезу

Етіологія: судинні захворювання (гіпертонічна хвороба), ревматизм, черепно-мозкова травма, інфекційні захворювання, ураження центральної нервової системи (арахноїдиту, енцефаліти), гострі порушення мозкового кровообігу, клімактеричний період, хронічні бактеріальні (ангіни) і вірусні (грип, ГРВІ) інфекції, отруєння різними отрутами (свинець, мідь, миш'як), ендогенні інтоксикації, ендокринні захворювання та ін. Частіше хворіють люди у віці 40-60 років.

Клініка. Захворювання характеризується появою гострих, різучих, нападopodobних лицевих болю. Хворі порівнюють їх з "проходженням електричного струму". Больові пароксизми тривають від кількох секунд до кількох хвилин. Частота нападів різна. Болі можуть виникати спонтанно, але частіше з'являються при русі мускулатури обличчя (розмови, їжі, умивання, гоління і т.д.). хворі застигають у певній позі, бояться поворухнутися (затримують дихання або посилено дихають, здавлюють хворобливу ділянку або розтирають її пальцями, деякі виконують жувальні рухи.). Болі захоплюють певну ділянку обличчя, яка інервується тією чи іншою гілкою трійчастого нерва (частіше II або III гілка, рідше I). Болі супроводжуються вегетативними проявами - гіперемією обличчя, сльозотечею, ринореєю, гіперсалівацією (рідко сухістю порожнини рота). З'являються гіперкінези м'язів обличчя - посмикування м'язів підборіддя, очей або інших м'язів. Напад болю припиняється раптово.

Невралгії трійчастого нерва периферичного генезу

Виникають в результаті впливу патологічного процесу на різні ділянки периферичного відділу трійчастого нерва. До етіологічних чинників, які можуть викликати невралгію трійчастого нерва периферичного генезу слід віднести наступні захворювання: пульпіти; періодонтити; хронічні періостити; остеомієліти; гайморити; гальванізм порожнини рота; пухлини і пухлиноподібні утворення м'яких тканин і кісток лицевого скелета; протези, які травмують слизову оболонку рота або порушують висоту прикусу; пломбувальна маса, яка виведена за межі верхівки зуба при проведенні заапикальної терапії; при осифікації нижньощелепного каналу (проходить нижньощелепний нерв) або підочний отвори (виходить підочний нерв); простий або оперізуючий лишай (викликається нейротропним вірусом) і ін.

В даний час вважають, що фактором, який може підтримувати протягом невралгії наявність неусунених вогнищ хронічної інфекції в носовій порожнині (хронічні риніти, поліпи та ін), ротоглотки (хронічний тонзиліт та ін) і порожнини рота (каріозні зуби, рецидивуючі захворювання слизової оболонки або ясен, зубні камені, зруйновані зуби та ін.)

Клінічно захворювання характеризується наявністю нападopodobного болю по ходу відповідних гілок трійничного нерва. Больові пароксизми при невралгіях трійничного нерва периферичного і центрального генезу не відрізняються між собою (див. опис раніше перерахованих симптомів). Болі поширюються по ходу II і III гілок трійничного нерва.

Вегетативна симптоматика (сльозотеча, ринорея, гіперсалівація тощо) при периферичних невралгіях виражена не так чітко. Куркові (тригерні) зони зустрічаються не так часто (в 47% випадках), рідше больові точки Балі. Вегетативної аури немає.

Лікування невралгій

Хворий потребує комплексного обстеження: терапевтом, невропатологом, нейрохірургом, ендокринологом. Необхідно виявити причину невралгії. Для лікування застосовують:

- Антиконвульсанти: фінлепсин (карбамазепін, тегретол), прегабалін (лірика)
- Антидепресанти і транквілізатори
- НПЗП (месулід)
- Нейротрофічні препарати (нейровітан, ноотропіл)
- Десенсибілізуючі препарати (фенкарол, тавегіл, супрастин) у поєднанні з нікотиновою кислотою
- Вітамінотерапія (група В)
- Біогенні стимулятори (плазмол, алое, ФІБС)
- Фізіотерапія:
- УФО,
- УВЧ,
- електрофорез з новокаїном, дімедролом, платифіліном,
- діадинамічні струми,
- гальванізація гілок трійничного нерва,
- ампліпульстерапія,
- рефлексотерапія,
- електросон.

Хірургічні методи лікування

- Блокади анестетиками (новокаїнові та спирто-новокаїнові блокади)
- нейротомія
- нейректомія
- невроекзерез.
- для лікування периферичних форм невралгій трійничного нерва використовуються декомпресійні операції із звільненням периферичних гілок із кісткових каналів.
- Перкутанна стереотаксична деструкція трійчастого вузла.
- Гіпотермічні і хімічні ризотомії

Неврит – ураження нерва, що характеризується змінами інтерстицію, мієлінової оболонки і осьових циліндрів. При невралгіях спостерігаються зміни тільки в його оболонках. Проявляється симптомами подразнення і (або) випадіння функції в зоні відповідної іннервації. Ураження нерва обумовлено впливом різних етіологічних факторів: бактеріальні та вірусні інфекції, ендогенні та екзогенні інтоксикації, травми, судинні та обмінні порушення, алергічні чинники, охолодження, авітаміноз та ін

Патогенез невриту складний і обумовлений токсичними, обмінними і судинними змінами в нерві, а також порушенням анатомічної цілісності нервового волокна.

Особливістю клінічного прояву невриту трійничного нерва є те, що захворювання проявляється болями, порушенням чутливості в зоні іннервації (гіпостезії, парестезії та ін), а також руховими порушеннями (при невриті нижньощелепного нерва).

Зустрічається як неврит трьох гілок трійчастого нерва, так і неврити окремих його гілок. Клінічно неврит трійчастого нерва проявляється мимовільними, постійними, ниючими болями в зоні іннервації його гілок (щелепах, зубах, яснах), оніміння (можуть бути парестезії) верхньої, нижньої губи і підборіддя, а також в зубах і яснах. Клінічна симптоматика може бути виражена як в легкій формі (мало турбує хворого), так і у важкій формі (викликає значні занепокоєння). При обстеженні виявляється випадання всіх видів чутливості в зоні іннервації трійничного нерва.

Неврит нижнього альвеолярного нерва найчастіше виникає в результаті травми (складне видалення зубів, після проведеної анестезії, перелому щелепи та ін), при остеомієлітичному процесі, після виведення великої кількості пломбувального матеріалу за верхівку кореня зуба (премоляра або моляра), при пухлиноподібних і пухлинних процесах, які локалізуються в тілі нижньої щелепи і ін. Хворі скаржаться на ниючі болі (які іноді можуть бути виражені мало), відчуття оніміння в нижніх зубах і відповідній половині нижньої губи і підборіддя. Болі можуть бути постійними, а в деяких випадках навіть посилюватися або слабшати. Є відчуття незручності в підборідді. У гострій стадії (при запаленні) може бути парез жувальних м'язів і тризм - тонічне скорочення жувальних м'язів, що виявляється стисканням щелеп. При обстеженні виявляється випадіння всіх видів поверхневої чутливості на слизовій оболонці альвеолярного відростка з вестибулярної сторони (за винятком невеликої ділянки від другого премоляра до другого моляра), на слизовій оболонці і шкірі відповідної нижньої губи, а також шкірі підборіддя. Перкусія зубів болюча. Визначаючи електровозбудність пульпи зубів на відповідній половині нижньої щелепи можна встановити, що вона знижена або ж відсутня. Не всі групи зубів однаково реагують на силу струму, тому може бути поразка на певній ділянці нерва в нижньощелепному каналі. Роздратування струмом може викликати в зубах ниючий, а іноді тривалу біль. Неврит нижньоруночкового нерва може поєднуватися з невритом язикового і щічного нервів.

Неврит верхнього зубного сплетення зустрічається після складних видалень зубів, при надмірному виведенні за межі зуба пломбувальної маси, при запальних процесах на верхній щелепі (остеомієліти, гайморити), після оперативних втручань та ін. Є незначні болі і відчуття оніміння в верхніх зубах (або в певній групі зубів), а також розлад усіх видів поверхневої чутливості слизової оболонки альвеолярного відростка з вестибулярної сторони і прилеглої ділянки щоки. Електровозбудність пульпи у відповідних зубах знижена або відсутня. Для невриту верхніх альвеолярних нервів характерний тривалий перебіг (протягом декількох місяців). Електровозбудимість пульпи зубів може і не відновитися. Останнє стосується тільки того випадку, якщо пошкоджені нерви, які відходять від верхньощелепного сплетення.

Неврит лицевого нерва

Лицевий нерв містить у собі волокна різного функціонального призначення (рухові, чутливі, вегетативні). У зв'язку з цим і пошкодження його тягнуть за собою цілий ряд різнохарактерних симптомів. Неврит характеризується змінами інтерстицію, мієлінової оболонки і осьових циліндрів. Проявляється симптомами подразнення і (або) випадіння функцій у відповідній зоні іннервації. Етіологія невритів лицевого нерва різна. Можуть спостерігатися неврити без порушення цілісності нерва (при запальних процесах, пухлинах, псевдотуберкульозу, синдромі Мелькерссона - Розенталя і ін) і при його травматичних пошкодженнях (при оперативних втручань, травм та ін.) У практичній діяльності лікаря - стоматолога доводиться стикатися з периферичним типом невриту лицевого нерва. В

результаті цього виникають рухові розлади у вигляді парезу і паралічу м'язової мускулатури обличчя.

Лікування невропатій

- Спочатку слід усунути причину (ліквідувати защемлення),
- Медикаментозна терапія: НПЗП (месулід, індометацин), анальгетики, нейролептики, седативні препарати, ноотропні препарати (ноотропіл, пірацетам, глутамінова кислота), вітаміни (В1, В2, С, Д), алое, АТФ, інгібітори холінестерази (прозерін, галантамін).
- Ефективний нейромідин.

Фізіотерапевтичне лікування: УФО, УВЧ, фонофорез із гідрокортизової мазі, електрофорез нікотинової к-ти, обезболюючих та розсмоктуючих препаратів.

Больова дисфункція СНЩС

J. Costen (1934) описав симптомокомплекс, який спостерігав у беззубих хворих та осіб зі зниженим прикусом:

- тупий біль у ділянці СНЩС;
- головний біль, запаморочення;
- біль у ділянці шийного відділу хребта, потилиці та позаду вушної раковини, що посилюється до кінця дня;
- клацання у СНЩС під час їди;
- зниження слуху, шум у вухах;
- відчуття печіння в горлі та носі.

Згодом цей симптомокомплекс отримав назву “синдром Костена”. До описаних проявів згодом додали інші: парестезію, ксеростомію, глосодинію, відчуття тиску у вухах, болючість вушної раковини тощо.

Клінічні прояви больової дисфункції СНЩС схожі на такі при артриті й артрозі. Хворі скаржаться на тупий ниючий головний біль і біль у СНЩС, болючість і чутливість під час пальпації привушної ділянки і зовнішнього слухового ходу, відкривання та закривання рота. Біль іррадіює в скроневу або підочноямкову ділянку, інколи – в потилицю і хребет. Характерні клацання і крепітація у СНЩС, наявність хворобливих і спазмованих ділянок у жувальних м'язах. Пальпація СНЩС неболюча. Зазвичай збільшується амплітуда рухів нижньої щелепи.

Доведено, що клацання у СНЩС є наслідком переднього зсуву меніска (R. H. Tallents і співавт., 1985; P. L. Westesson і співавт., 1985). Під час відкривання рота суглобова головка контактує із заднім краєм меніска і перескакує в центральне положення його увігнутої зони, унаслідок чого чути звук клацання. За зворотного руху виросток знов поштовхоподібно перескакує через задній край меніска, спричинюючи суглобовий звук. Зазначено, що в клінічному перебігу захворювання клацаючий звук під час відкривання рота розвивається пізніше, ніж під час закривання.

Характерним для больової дисфункції СНЩС є відхилення нижньої щелепи вбік під час відкривання рота, так звані S-подібні рухи.

В. М. Банух (1986) пропонує виділяти дві клінічні форми захворювання: приховану й активну. Для останньої форми характерні біль і акустичні симптоми (шум, тріск, клацання).

Лікування больової дисфункції СНЩС – комплексне.

Передусім, здійснюють заходи, спрямовані на нормалізацію оклюзії зубів. О. І. Мірза (1993) рекомендує для усунення окремих ділянок оклюзійної поверхні зубів, які перешкоджають множинним контактам зубів, застосовувати вибірково шліфовку зубів. При проведенні цього методу оклюзійної корекції враховують основи біомеханіки жувального апарату. Аби уникнути надмірного зашліфовування зубів, доцільно спочатку скласти план зашліфовок, потім зашліфувати зуби на моделі та вирішити питання про те, чи можна усунути сеперконтакти методом зашліфовування або необхідні інші методи оклюзійної корекції. Характер оклюзійних контактів перевіряють за допомогою воскових оклюдограм і копіювального паперу.

- *Алгоритми для формування професійних вмінь і навичок.*

1. Оволодіти методикою обстеження хворих із больовими синдромами обличчя, невритом трійчастого нерва.

2. Навчитись виявляти характерні клінічні симптоми невралгії та невриту трійчастого нерва, больової дисфункції СНЩС.
3. Навчитись диференціювати невралгії та неврити трійчастого нерва з іншими прозопалгіями.
4. Скласти план комплексного лікування хворих із невралгією та невритом трійчастого нерва.
5. Пояснити та вміти виконати операцію альвеолотомії.
6. Пояснити та вміти виконати розтин пародонтального абсцесу.
7. Пояснити та вміти виконати різні техніки накладання швів.
8. Пояснити та вміти виконати різні техніки пластики місцевими тканинами.

Практичні завдання, (типові, нетипові, непрогнозовані ситуації).

Індивідуальні завдання:

Завдання №1.

Хвора 42-х років звернулася до стоматолога зі скаргами на інтенсивний різучий нападаподібний біль з відчуттям проходження електроструму в ділянці верхньої губи справа. Больові напади виникають спонтанно і тривають 3-5 хвилин. Кількість нападів - 2-3 рази на добу. Причини виникнення захворювання хвора визначити не може. При огляді ротової порожнини патологічних змін не виявлено. Санована. На контрольній ортопантограмі виявлено надкомплектний ретенований 13 зуб. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Периферична невралгія II-ої гілки трійчастого нерва
- B. Гангліоніт крилопіднебінного вузла
- C. Неврит II-ої гілки трійчастого нерва
- D. Невралгія II-ої гілки трійчастого нерва центрального походження
- E. Пульпіт зуба на верхній щелепі справа

Завдання №2.

Хвора 42-х років скаржиться на біль правої половини голови, обмеження рухів нижньої щелепи, клацання, періодичний спазм жувальної мускулатури. Об'єктивно: обличчя симетричне, відкривання рота обмежене. При пальпації в правому скронево-нижньощелепному суглобі (СНЩС) відмічаються крепітація та хрускіт при рухах нижньої щелепи. При огляді порожнини рота виявлено дефект зубного ряду справа II класу за Кеннеді. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Больова дисфункція правого СНЩС
- B. Гострий артрит правого СНЩС
- C. Склерозуючий остеоартроз правого СНЩС
- D. Контрактура правого СНЩС
- E. Осифікуючий міозит

Завдання для самостійної роботи та роботи в малих групах (інтерактивні методи навчання):

Хворому М., 48 р. встановлено діагноз: невралгія II гілки трійчастого нерва периферійного генезу. Складіть план лікування.

Заключний етап

Підведення підсумків заняття.

Матеріали методичного забезпечення заключного етапу заняття:

- *Мозковий штурм.*

Студентам демонструють вичерпний опис нестандартної клінічної ситуації та пропонують запропонувати найбільш раціональні методи діагностики.

Після запису всіх запропонованих методів діагностики в ході дискусії студенти вибирають найбільш раціональний.

- *Надання завдань для самостійної роботи.*

Опрацювати на фантомах техніку хірургічних етапів імплантації.

- *Оцінювання.*

ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДОВАНИХ ДЖЕРЕЛ ТА ПОСИЛАНЬ

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; у 2т. – Т. 1 / В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін. – К.: ЛОГОС, 2011. – 669 с.
2. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; у 2т. – Т. 2 / В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін. – К.: ЛОГОС, 2011. – 606 с.
3. Тимофеев О.О. Щелепно-лицева хірургія: Підручник для мед. ун-тів, інст., акад. — 2-ге вид, випр. Затверджено МОН / О.О. Тимофеев — К., 2017. — 752 с.
4. Алгоритми виконання практичних навичок з хірургічної стоматології: навч.- метод. посіб. для студентів стомат. ф-тів ВНЗ МОЗ України / Я. П. Нагірний [та ін.]. - Тернопіль: ТДМУ: Укрмедкнига, 2017. - 102 с.: іл.
5. Доброякісні та злоякісні пухлини щелепно-лицевої ділянки. / [Л.М. Скакун] -2018.– Тернопіль: Укрмедкнига. – 68 с.
6. Ломницький І. Я. Алгоритми практичних навичок з хірургічної стоматології / І. Я. Ломницький, А. В. Нетлюх, О. Я. Мокрик. – Львів : «ГалДент», 2008. – 152 с.
7. Мигович М.І. Місцеве знечуження тканин щелепно-лицевої ділянки. Львів, 1999.
8. Грицай Н., Кобзиста Н. Нейростоматологія . «Здоров'я », 2001.- 144 с.
9. Методичні рекомендації для підготовки до складання ліцензійних інтегрованого іспитів "Крок1", "Крок2", "Крок3" / Б. С. Зіменковський, М. Р. Гжегоцький, І. І. Солонинко, Р. З. Огоновський, Р. Б. Лесик, Ю. Я. Кривко, Б. В. Дибас. - Львів: Друкарня ЛНМУ ім. Данила Галицького, 2013. - 96 с.
10. Збірник тестових завдань для складання ліцензійного іспиту «Крок – 2 Стоматологія» // МОЗ України. Департамент кадрової політики, освіти і науки МОЗ України. Центр тестування при МОЗ України, 2011 - 28 с. (співавтори Гайдук Р. В., Федько В. В., Назаревич М. Р.) - 36 с.
11. Петруска Малгожата, Петруски Ян. Пародонтально-имплантологическая хірургія. Перевод с польск.- Львов: ГалДент, 2002.-253с., 700 илл.
12. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство / под ред. А.А.Кулакова, Т.Г.Робустовой, А.И.Неробеева. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 576с.
13. Сеорж Дибарт. Мамду Карима. Практическое руководство по пластической пародонттологической хирургии. Перевод с англ.-Москва: ИД «Азбука», 2007.-110с.
14. Сабо Д. Хирургия полости рта и челюстно-лицевой области /Д. Сабо.-К:Книга плюс, 2005.-302с.
15. Дубровина Е.В. Технология операции по удалению зуба: учебное пособие для иностранных студентов стоматологических факультетов высших медицинских заведений Украины III-IV уровней аккредитации//Полтава: ФЛП Говоров С.В., 2011. – 320с: 595 ил.
16. Грудянов А.И., Чупахин П.В. Методика направленной регенерации тканей. Подсадочные материалы. - М.:ООО «Медицинское информационное агентство». 2007.- 64с.
17. Эдвард Коэн. Атлас косметической и реконструктивной пародонтологической хирургии. Перевод А. Островского Москва второе издание 2003
18. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: В 2-х томах. Т. 2 / Под ред. В.М.Безрукова, Т.Г.Робустовой. - Изд. 2-е, перераб. и доп. - М.: Медицина, 2000. - 488 с.
19. <https://new.meduniv.lviv.ua/kafedry/kafedra-hirurgichnoyi-stomatologiyi-ta-shhelepno-lytsevoyi-hirurgiyi/>
20. <https://hirstom.pdmu.edu.ua/>
21. <https://stomat.bsmu.edu.ua/home>